

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

171

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 Février 1896, à 1 heure

PAR

Louis HAMON

Né à Villechien (Manche), le 29 août 1872

Ancien interne des hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT

DES

COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { M. STRAUS, professeur.
 { MM. TUFFIER et VARNIER, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

171

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 Février 1896, à 1 heure

PAR

Louis HAMON

Né à Villechien (Manche), le 29 août 1872

Ancien interne des hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT

DES

COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : { M. STRAUS, professeur.
 { MM. TUFFIER et VARNIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUD.
Clinique chirurgicale.....	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	HEIM.	SEBILLEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERRY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVENT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERRER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

*Contribution à l'étude du traitement des complications
de l'avortement.*

AVANT-PROPOS

La thérapeutique de l'avortement est une des questions qui intéressent le plus les médecins. On trouve en effet un grand nombre de femmes qui, pour des raisons diverses, ne peuvent mener leur grossesse à terme ; leur fausse-couche se complique souvent d'accidents graves, qui peuvent même parfois devenir mortels.

Les accoucheurs sont loin d'être d'accord sur le traitement de ces complications, rétention du placenta, hémorrhagie, infection, etc. Tandis que les uns conseillent l'expectation et le traitement antiseptique, les autres préconisent le traitement chirurgical et pratiquent le curettage de l'utérus.

Nous nous proposons dans ce sujet d'indiquer la conduite à tenir après l'avortement et de formuler les indications et le manuel opératoire du curettage de l'utérus. Mais

nous croyons utile de rappeler d'abord les symptômes de l'avortement et ses complications.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

Tous nos remerciements à nos maîtres de l'école de Rennes et en particulier à MM. les docteurs Regnault et Bertheux qui guidèrent nos débuts dans la clinique médicale.

M. le docteur Lhuissier, professeur d'anatomie, nous admit à travailler dans son laboratoire ; son enseignement net et précis, ses conseils éclairés nous initièrent à la connaissance de l'anatomie ; nous l'en remercions et nous sommes heureux de lui témoigner ici toute notre gratitude.

Que MM. les docteurs Monod et Audhoui, qui voulurent bien nous admettre dans leurs services des hôpitaux de Paris, reçoivent ici l'expression de notre reconnaissance.

Pendant notre séjour dans les hôpitaux du Havre, tous les chefs de service nous ont témoigné la plus grande bienveillance ; MM. les docteurs Courbet, Frottier, Barois et De Lignerolles dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, nous ont fait le plus cordial accueil et nous ont aidé de leurs bienveillants conseils ; M. le docteur Dugardin enfin nous a rendu familière la difficile pratique de l'intubation du larynx ; qu'ils veuillent bien croire tous à notre respectueuse sympathie et accepter nos plus sincères remerciements.

M. le docteur R. Sorel, chirurgien des hôpitaux du Havre, nous a donné l'idée de ce travail, et ne nous a point

ménagé ses avis ; qu'il veuille bien recevoir ce faible témoignage de notre vive gratitude.

M. le professeur Pinard nous a fait le plus grand honneur en daignant accepter la présidence de notre thèse ; nous l'en remercions très vivement et le prions de vouloir bien accepter l'expression de notre sincère reconnaissance.



DE L'AVORTEMENT

Sous le nom d'avortement ou de fausse-couche, l'on désigne l'expulsion du produit de la conception avant le terme de la viabilité, c'est-à-dire avant la fin du sixième mois de la grossesse.

Tel que nous venons de le définir, l'avortement se différencie nettement de l'accouchement prématuré dans lequel le fœtus, bien que né avant le terme normal de la grossesse, est suffisamment développé pour vivre de la vie extra-utérine.

Mais si l'on peut désigner sous la même appellation d'avortement, l'expulsion du fœtus pendant les six premiers mois de la grossesse, les phénomènes sont bien différents suivant l'époque à laquelle a lieu cette expulsion. Plus on se rapproche du sixième mois plus l'avortement tend à prendre les caractères de l'accouchement à terme. « A mesure en effet que l'œuf se développe il subit des modifications de structure qui entraînent dans son expulsion des variétés infinies ; et si l'on a pu dire des accouchements à terme que pas un ne se ressemblait, qu'est-ce donc quand il s'agit de l'avortement ? » (Charpentier).

Fréquence.

L'avortement ne serait pas un accident fréquent si l'on ne s'en rapportait qu'aux statistiques prises dans les Maternités. Mais il ne faut pas oublier que la plupart se font en ville, et les malades sont ensuite recueillies dans les services de médecine.

Les auteurs diffèrent considérablement d'opinions sur la fréquence relative de l'avortement aux diverses époques de la grossesse. La statistique des avortements observés dans le service de M. le professeur Pinard, de 1883 à 1893, accuse 530 avortements pour 17000 accouchements, soit une proportion de 1 pour 32 ; ils sont ainsi répartis :

De 1 à 2 mois.....	3
De 2 à 3 mois.....	33
De 3 à 4 mois.....	73
De 4 à 5 mois.....	88
De 5 à 6 mois.....	131
De 6 à 7 mois.....	202

Dans 517 de ces cas la parité a été notée, il y a 180 primipares, 337 multipares. Sur ces 337 multipares 152 (1 sur 2 environ) avaient eu des avortements antérieurs.

Causes

Comme causes de l'avortement on peut invoquer toutes les affectations diathésiques, toutes les intoxications du

père et de la mère, syphilis, tuberculose, paludisme, alcoolisme, tabagisme, etc.

Ensuite toutes les maladies aiguës de la mère peuvent avoir une influence néfaste sur le cours de la grossesse. Parmi les affections chroniques, l'albuminurie et les affections du cœur peuvent être citées.

On a encore invoqué toutes les malformations utérines, les déviations, etc. Une des causes les plus fréquentes est l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Enfin il faut aussi faire la part de l'avortement criminel qui souvent reste ignoré.

Symptômes

L'avortement se présente avec une physionomie particulière pendant le premier mois, pendant le second mois, pendant le troisième et le quatrième et enfin pendant le cinquième et le sixième.

Pendant le premier mois, l'avortement se présente avec les caractères d'une menstruation retardée, et est pris comme tel pour la plupart des femmes. L'œuf passe inaperçu au milieu des caillots.

Pendant le second mois, l'avortement se compose du décollement de l'œuf, du décollement de la muqueuse et de l'expulsion de l'œuf. Généralement c'est l'hémorrhagie qui commence le décollement ; survient ensuite la contraction utérine.

L'œuf est ordinairement expulsé en bloc et l'avorte-

ment se fait en un seul temps. Mais quelquefois l'œuf est expulsé seul et un nouveau travail sera nécessaire pour l'expulsion du délivre. L'avortement se fera alors en deux temps.

A partir du troisième mois, cet avortement va devenir la règle. Le fœtus est d'abord expulsé, puis le placenta l'est à son tour, s'il est décollé. Mais d'autres fois ce décollement du placenta n'est pas effectué, alors le col se referme et pour amener l'expulsion de l'arrière-faix, il faudra un nouveau travail accompagné d'hémorrhagie ; cette dernière sera surtout abondante dans les cas où le placenta est incomplètement décollé ; elle dure en effet tant qu'il ne l'est pas complètement, et augmente ainsi à mesure qu'il se fait.

Pendant le cinquième et le sixième mois, l'avortement ressemble de plus en plus à l'accouchement à terme. L'avortement en un seul temps devient l'exception.

Diagnostic

Le diagnostic a de réelles difficultés, surtout chez les femmes dysménorrhéiques, où les symptômes de l'avortement offrent d'autant plus de ressemblance avec un retour de règles, que c'est vers l'époque de celles-ci qu'il a lieu assez souvent. Le seul signe pathognomonique est la découverte de l'œuf dans les caillots, quand elle est possible. Les différents signes que l'on a invoqués pour le diagnostic différentiel entre l'avortement des premières semaines, et

la menstruation difficile, sont trop variables pour offrir une valeur et une précision suffisantes à ce diagnostic qui ne peut être guère établi que d'après les commémoratifs.

A partir du commencement du troisième mois, le diagnostic devient plus facile parce que les signes de la grossesse sont plus apparents, les modifications du col de l'utérus plus accusées, et les résultats de l'hémorrhagie plus faciles à analyser. Les difficultés reparaissent cependant dans les cas d'apparition sanguine accidentelle pendant la grossesse ou chez les femmes atteintes d'hydorrhée : mais, quand alors il y a des douleurs, elles sont beaucoup plus légères, moins persistantes que dans l'avortement ; le col de l'utérus ne subit d'ailleurs jamais de modifications aussi profondes, et les accidents cessent par les moyens les plus simples.

Pronostic

Le pronostic est naturellement toujours fatal pour le fœtus. Quant à la mère, le pronostic varie suivant l'époque de la grossesse à laquelle survient l'avortement, suivant qu'il y a ou non rétention de tout ou partie du placenta, suivant les soins dont la femme est entourée et suivant les accidents, hémorrhagie, infection septique auxquels peut donner lieu l'avortement ; ces diverses complications feront l'objet du chapitre suivant.

Complications

Ainsi que nous venons de le dire, nous étudierons successivement la rétention du placenta et des membranes et les deux principaux accidents qu'elle peut amener : l'hémorragie et l'infection septique.

Et d'abord, quand est-on autorisé à dire qu'il y a rétention de l'arrière-faix ? La délivrance après l'avortement, se fait le plus souvent comme après l'accouchement dans la première heure qui suit l'expulsion du fœtus. D'une manière générale quand la délivrance ne se fait pas dans les quatre heures qui suivent l'expulsion du produit de la conception, on dit qu'il y a rétention de l'arrière-faix. D'après ce qui vient d'être dit plus haut, à savoir que l'avortement en un temps était la règle pendant les trois premiers mois, et l'avortement en deux temps, la règle du quatrième au septième, il semblerait que la rétention des débris de l'œuf et du placenta dût être plus fréquente du quatrième au septième mois. En effet, l'embryon expulsé, le col de l'utérus peut revenir sur lui-même, se refermer, emprisonnant dans la cavité le placenta et les membranes décollées ou non décollées. Pour les expulser il faudra un nouveau travail ; le col de l'utérus s'ouvrira de nouveau, les contractions utérines plus ou moins fortes et plus ou moins nombreuses chasseront le placenta qui sortira expulsé au milieu d'une hémorragie d'abondance variable. D'un autre côté,

nous avons fait remarquer que plus on approchait du septième mois, plus l'avortement prenait la forme d'un accouchement. Aussi la rétention des débris placentaires est-elle au moins aussi fréquente dans les trois premiers mois que du quatrième au septième. En effet l'union du placenta avec la paroi utérine devient moins intime, à mesure que la grossesse avance, et cela par un processus régressif qui se passe et dans la couche unissante de la caduque sérotine et dans les vaisseaux utéro-placentaires. D'un autre côté, la rétention du placenta est causée, d'une part par la faiblesse et l'irrégularité des contractions utérines, et les adhérences normales ou anormales du placenta avec la muqueuse. De plus si les villosités fœtales se détachent facilement du placenta maternel, la muqueuse inter-utéro-placentaire adhère très solidement à la paroi utérine ; c'est une des raisons pour lesquelles elle est souvent retenue dans l'utérus après l'avortement. Jusqu'à la fin du troisième mois ce décollement de la muqueuse est long et difficile. Les modifications qu'elle éprouve à partir de cette époque rendent son décollement beaucoup plus facile, et partant sa rétention beaucoup plus rare. On observe donc dans les trois premiers mois, ou la rétention de tout le placenta, ou la rétention de la sérotine et des parties connexes du placenta fœtal, ce qui est beaucoup plus fréquent.

Le placenta peut être retenu tout entier ou bien être expulsé en partie pendant que l'autre partie reste adhérente. Mais que le placenta soit retenu en partie ou en totalité, les accidents auxquels donne lieu cette rétention sont les mêmes. Ils peuvent être retenus plus ou moins longtemps dans l'utérus et être expulsés après un temps variable. Les

seules forces de la nature peuvent suffire à l'élimination du placenta lorsque ses adhérences sont peu considérables ; l'expulsion se fait alors plus tard et par le seul effet des contractions utérines. Vers le dixième ou le quinzième jour le placenta commence à se décoller ; mais ce décollement peut se produire beaucoup plus tard ; les seuls signes qui l'accompagnent sont la non involution utérine et l'hémorrhagie. Cette hémorrhagie peut être considérable au point de compromettre la vie de la malade.

D'autres fois le placenta est éliminé, plus ou moins altéré sans donner lieu cependant à d'autres phénomènes qu'un peu de fétidité des lochies, et une fièvre légère. Cette forme n'est que le début de la forme suivante dans laquelle le placenta putréfié a été retenu assez longtemps pour donner lieu à des symptômes de fièvre septique.

Le principal symptôme de l'avortement consiste ainsi que nous l'avons vu, en une hémorrhagie plus ou moins abondante : Dans la plupart des cas, cette hémorrhagie n'est pas grave, mais dans d'autres cas, elle peut par son abondance mettre en danger non-seulement la santé, mais la vie même des malades. Le décollement de l'œuf, son expulsion s'accompagnent d'hémorrhagies. Si le placenta ou des fragments de membranes sont retenues dans l'utérus, leur décollement ne pourra s'effectuer qu'au prix d'une nouvelle perte de sang ; plus ce décollement sera long et difficile, plus l'hémorrhagie se prolongera et plus elle sera abondante, d'un autre côté le placenta complètement décollé peut être retenu dans la cavité utérine. Alors la contraction n'est plus efficace, l'involution utérine ne peut se faire ; les vaisseaux utérins qui se rendaient au placenta restent

béants, et l'hémorrhagie continue ; les caillots accumulés dans l'utérus en appellent pour ainsi dire d'autres, en empêchant le mouvement de retrait de la fibre musculaire, et l'hémorrhagie va continuer tant que l'utérus n'aura pas été débarrassé par une intervention active.

Que l'hémorrhagie soit causée par la rétention du placenta, qu'elle soit causée par l'inertie utérine ou des corps fibreux de la matrice, ses résultats seront toujours les mêmes, si elle est tant soit peu abondante. La malade sera anémiée, présentera de la pâleur de la face, des altérations du pouls et de la tendance à la syncope. Cette syncope pourra être mortelle, si la quantité de sang perdue est trop considérable. On voit dès lors tout l'intérêt qu'il y a à intervenir et sans trop tarder.

Enfin, la rétention du placenta bien que ne causant pas d'hémorrhagies sérieuses, peut amener un accident dont la gravité n'est pas moindre ; c'est l'infection septique, qui peut reconnaître pour causes, aussi bien qu'après l'accouchement, la contamination par le milieu, l'absence de précautions ou la main de l'accoucheur.

Quelle que soit sa cause, l'infection septique s'annonce par un grand frisson suivi d'une élévation brusque de la courbe thermique. La malade est souvent prise simultanément de nausées, de vomissements, de douleurs de tête, etc. Elle accuse en même temps, une sensation de pesanteur et de la douleur dans le bas-ventre : souvent alors l'écoulement lochial qui était devenu fétide se tarit brusquement.

Quand on se trouve en présence de ces symptômes, il

- faut intervenir et au plus tôt, si l'on ne veut s'exposer à des accidents plus graves.

Nous verrons plus loin les moyens de conjurer ces accidents ; jetons avant un coup d'œil sur le passé, et considérons les divers moyens employés par les accoucheurs qui nous ont précédés.



HISTORIQUE (1)

Les anciens considéraient la présence du placenta dans l'utérus comme un très grave danger ; aussi mettaient-ils tout en œuvre pour arriver à l'en faire sortir ; nous ne parlerons que pour mémoire du poids attaché à l'extrémité fœtale du cordon, et des nombreux médicaments destinés à provoquer des vomissements et des éternuements, lesquels devaient amener l'expulsion de l'arrière-faix.

Ambroise Paré (2) au XVI^e siècle, s'éleva le premier contre ces dangereuses pratiques ; pour lui l'intervention manuelle devait être réservée aux cas où tous les autres moyens avaient échoué. « La sage-femme mettra doucement sa
« main dans la matrice, dit-il, et suivra le nombril qui lui
« servira de guide pour prendre l'arrière-faix, et le séparera, s'il est encore adhérent contre le fond de la matrice,
« avec les doigts seulement, le tournant de côté et d'autre,
« et le tirera non par violence comme le font les folles et
« idiotes matrones », car une fois déchiré, une hémorrhagie
« se produit, le sang sorti des vaisseaux se putréfie, cause
« inflammation, gangrène et par conséquent la mort. »

(1) Pour ce chapitre nous avons fait quelques emprunts à l'excellente thèse de M. Audebert. — Bordeaux 1890.

(2) Ambroise Paré. — Œuvres complètes. — Chassaignac.

Guillemeau (1) est plus patient encore ; écoutez plutôt :
« Et même qu'iceluy étant retenu (le placenta), il apporte
« de très pernicious accidents, comme défaillance, oppres-
« sion et suffocation de la mère, voir même en se pourris-
« sant peut être occasion de mort.

« Pour à quoi obvier, il faut être diligent à le faire
« sortir, ou tirer sans se précipiter et patienter un peu, en
« le maniant et le branslant toujours. »

Mauriceau (2) (aphorisme 149) signale la fréquence de la rétention du placenta après l'avortement ; il indique sa façon d'agir dans les lignes suivantes :

« Injections dans la cavité utérine pour la débarrasser
« du corps qu'elle contient, cause de putridité, mais s'il
« survient une perte, ne pas rester oisif, se servir de la
« pince à faux germe ou des doigts pour extraire le placenta,
« cause de l'hémorrhagie. »

Dans les cas d'infection, il a donc recours aux lavages seulement ; il réserve l'intervention active manuelle ou instrumentale, aux cas d'hémorrhagie. Plus loin, il indique l'expression utérine pour débarrasser l'utérus de son contenu. La manœuvre décrite sous le nom de Crédé se trouve donc être d'origine française. D'un autre côté il préconise la méthode des lavages dans les cas d'infection, l'intervention manuelle ou instrumentale, dans les cas d'hémorrhagie. Ces méthodes ont été ressuscitées de nos jours sous forme d'irrigation continue antiseptique, de délivrance artificielle et de curetage de l'utérus.

(1) Guillemeau. — Œuvres de chirurgie, 1599.

(2) Mauriceau. — Maladies des femmes grosses et des accouchées, 1668.

La plupart des accoucheurs du temps de Mauriceau, sont également partisans de l'intervention. Citons entre autres Deventer (1701), Paul Portal, De Lamotte, etc.

Ruysch (1) se refuse à toute intervention active sur la matrice ; pour lui un muscle (*musculus contrusor placentæ*) se trouve au fond de l'utérus, lequel sera chargé de l'expulsion du délivre. L'intervention du chirurgien ou de l'accoucheur devenait inutile grâce à ce muscle bienfaisant.

Puzos (2) est un partisan de l'expectation : « Mon sentiment, dit-il, est qu'on ne doit jamais presser l'extrac-tion du placenta, tant qu'il n'y a rien qui oblige à la précipiter. »

Recolin (3) préconise le premier les injections intra-utérines pour débarrasser la matrice « des portions d'arrière faix qui y restent après les fausses-couches. » Il cite trois observations à l'appui de sa méthode.

Smellie (1765) (4) n'a pas de règle de conduite fixe ; il agit d'après les circonstances.

Levret (5) est d'abord partisan de l'expectation. Mais quelques pages plus loin, il ajoute que « l'on ne doit pas rester spectateur oisif, lorsque la perte menace les jours de la mère ; il faut donc alors, se servir de la pince à faux germe, si les doigts ne sont pas suffisants. » Mais suit un correctif : « Ou bien des injections d'eau tiède, faites à grands flots dans la cavité utérine. »

(1) Ruysch. — *Tractatio anatomica de musculo*, etc., 1726.

(2) Puzos. *Traité des accouchements*, 1756.

(3) Recolin. *Mém. de l'Académie roy. de Chir.* 1778.

(4) Smellie. *An. de Manchestock*, Tome I, p. 178.

(5) Levret. *Art des accouchements*, 1766, p. 146.

D'abord partisan de l'expectation, il recommande donc plus tard l'intervention même instrumentale ; il s'applique d'ailleurs dans un autre ouvrage à décrire les indications propres à chacune de ces méthodes.

Il est le premier auteur qui ait fourni des indications cliniques sur la conduite à tenir dans les cas graves de rétention placentaire.

Baudelocque (1) est éclectique ; il varie son mode d'intervention suivant les circonstances. Si l'accoucheur est près de la femme au moment où la poche des eaux vient à se rompre, il faut introduire un ou deux doigts dans « l'orifice de la matrice » pour entretenir son irritabilité et l'empêcher de revenir sur lui-même. Si l'accoucheur n'est appelé qu'après la rupture des membranes, il doit « se borner à solliciter vivement l'action de la matrice et à la faire contracter avec assez d'énergie, pour achever de détacher et d'expulser le placenta. »

Mais l'expulsion naturelle n'est pas toujours suffisante et il a souvent recours à des tractions digitales sur le délivre ; d'autres fois il emploie la pince à faux germe, le tamponnement et les injections « antiputrides » dans la cavité utérine.

Raulin (2) conseille, quand « le vice des lochies provient de quelque reste de placenta dans la matrice, » de faire des injections dans le vagin, qu'on insinue jusqu'au col de la matrice. »

Madame Lachapelle (3) s'élève vigoureusement contre

(1) Baudelocque. L'art des accouchements, Tome I, 1778.

(2) Raulin. Traité des maladies des femmes en couches, 1771.

(3) Madame Lachapelle. Pratique des accouchements, Tome II.

toute tentative opératoire, qu'elle considère comme impossible, ou inutile et dangereuse ; tout au plus permet-elle « d'attirer le placenta lorsqu'il est détaché et qu'il se présente à l'orifice ramolli et bien ouvert ; deux doigts suffisent pour cette opération. »

Madame Boivin (1) n'admet une intervention, même timide, que lorsqu'on a la main forcée : elle conseille de « laisser sortir l'œuf entier, si c'est possible ; si les membranes se rompent, et qu'il survienne une hémorrhagie, ce qui est normal, appliquer un tampon. Si l'hémorrhagie devient inquiétante, extraire le placenta, mais avec les doigts. »

Capuron (2) formule une opinion beaucoup trop optimiste : « dans aucun cas, dit-il, le salut des femmes n'est désespéré parce que le délivre est retenu. »

Le professeur Moreau (3) résumait toute sa doctrine thérapeutique dans ces trois mots :

« J'ai su attendre. »

Jacquemier (4) conseille la dilatation mécanique de l'orifice interne du col, afin de laisser sortir le délivre.

Chaillý (5) est interventionniste convaincu ; pour lui, on doit recourir sans hésiter au seigle ergoté et à la curette de Récamier, quand les injections vaginales ne suffisent pas à enrayer la résorption putride.

(1) Madame Boivin. *Mémorial des accouchements*, 1836.

(2) Capuron. — *Cours théorique et pratique d'accouch.* 1828.

(3) Moreau. — *Traité pratique des accouchements*. 1846.

(4) Jacquemier. — *Manuel des accouchements*. Paris 1846. Tome I. page 487.

(5) Chaillý. — *Traité pratique de l'art des accouchements*. 1861.

Cazeaux (1) met en doute l'efficacité du seigle ergoté dont Velpeau vante les bons effets :

« C'est, en effet dit-il, un moyen auquel il faut avoir « recours, mais sur lequel il ne faut pas trop compter. » S'il n'y a pas de danger urgent, il est d'avis d'« attendre, et « bien se garder de vouloir l'extraire (le placenta) immédia-
« tement. »

Guéniot (2) conseille l'extraction manuelle du placenta ou délivrance artificielle, le rectum et la vessie étant préalablement vidés ; mais il condamne absolument les méthodes d'intervention active, qu'il considère comme « beaucoup » plus dangereuses et plus incertaines que le doigt prudem-
« ment dirigé. »

Pour lui on doit toujours employer les injections intra-utérines ; elles ont une action mécanique efficace en entraînant hors de l'utérus les débris du placenta ; de plus quand elles sont faites très chaudes, elles excitent la matrice à se contracter et expulser le corps étranger qu'elle contient.

La dilatation avec l'éponge préparée ou un ballon de caoutchouc fait l'orifice de tampon, arrête l'hémorrhagie et sollicite les contractions utérines.

Somme toute, Guéniot conseille les injections intra-utérines, la dilatation et le décollement digital. Ce n'est que dans des cas rares et difficiles qu'il a recours à une opération instrumentale.

Guéniot conseille donc la pratique la plus généralement

(1) Cazeaux. — Traité de l'art des accoucheurs, revu par Tarnier. Paris 1878.

(2) Guéniot. — Bulletin de thérapeutique. 1867, page 305. De la délivrance dans l'avortement.

admise en France à cette époque (1867) ; mais depuis quelques années déjà, les chirurgiens allemands, mettant à profit l'invention de Récamier (1) s'ingéniaient à débarrasser l'utérus de son contenu par tous les moyens y compris le raclage de la muqueuse utérine.

E. Martin (2) avait déjà proposé en 1859 l'intervention active dans les cas de rétention des annexes.

Osiander (1) et Scanzoni (2) partagèrent son avis ; J. Veit (3) allait même plus loin et terminait toujours l'opération par une injection intra-utérine de perchlorure de fer.

Pendant que cette doctrine s'enracinait en Allemagne, les accoucheurs anglais restaient sur la réserve. Aussi dans la discussion du 1^{er} mai 1861 à la société obstétricale de Londres, Priestley (4) déclarait que la question était encore à l'étude ; mais qu'à son avis, l'intervention, sans être la règle, pouvait être employée sans trop d'inconvénients.

Burns cependant préfère les injections intra-utérines aux tentatives trop promptes et trop brusques.

A partir de ce moment, la question sera clairement posée : les accoucheurs adopteront une conduite variable, mais qui ne sortira pas de deux alternatives :

1^o Ou ils feront de l'expectation armée avec des injections intra-utérines antiseptiques.

(1) Récamier. — Annales de thérapeutique. Août 1846.

(2) E. Martin. — Monatschrift. Bd XIV.

(3) Osiander. — Ursachen und Ulfanzeigen, etc.

(4) Scanzoni. — Geburtshülfe, 1855.

(5) Veit. — Der therapie der Verhalting der Eiresten, etc.

(6) Priestley. — Transact. of the Obstetric Society-London 1861.

2° Ou ils feront une intervention active avec la main ou la curette.

Nous traiterons plus amplement ces diverses questions dans les chapitres suivants. Les diverses opinions mises ainsi en rapport les unes avec les autres, seront plus facilement embrassées dans une vue d'ensemble.



De la conduite à tenir après l'avortement

En présence d'une femme qui vient de faire une fausse-couche, l'accoucheur suivra une ligne de conduite différente, suivant que :

1° L'avortement étant fait, la délivrance ne l'est pas ou elle est incomplète et il n'existe pas d'accidents ;

2° La délivrance n'est pas faite ou n'est pas complète et il y a des accidents ;

3° On n'a pas la certitude que la délivrance soit faite, ou qu'elle soit complète ;

4° L'expulsion du délivre est certainement complète, mais il existe, par le fait même de la délivrance, des complications qui réclament l'intervention du médecin.

Nous avons vu que si la délivrance ne se fait pas dans les quatre heures qui suivent l'avortement, on peut dire qu'il y a rétention du délivre.

Outre cette rétention, deux accidents principaux peuvent se présenter, qui sont l'hémorrhagie et l'infection puerpérale. Nous exposerons la conduite tenue dans ces cas, par les divers accoucheurs.

Et d'abord la rétention du placenta n'est pas en elle-même une complication, elle ne devient grave que par les accidents qu'elle peut entraîner, à savoir : l'hémorrhagie et l'infection.

Après ces considérations, l'accoucheur devra-t-il, en présence de la rétention du placenta, se borner à l'expectation,

tation, ou au contraire, devra-t-il intervenir activement pour éviter des accidents qui se produiront presque infailliblement ? Telle est la question qui divise les accoucheurs en deux camps bien tranchés : Les uns voulant l'intervention active pour amener le plus tôt possible, la terminaison de l'avortement et éviter ainsi la production possible de ces accidents, les autres, au contraire, se fiant avant tout aux efforts de la nature et pratiquant l'expectation armée, réservant l'intervention aux seuls cas où des accidents surviennent.

M. Doléris s'est fait en France le champion de la première école, et pratique systématiquement le curettage instrumental de l'utérus, sitôt qu'il se trouve en présence d'une rétention placentaire. Toute l'école allemande partage cette opinion et pratique le curettage, puis cautérise la cavité utérine avec l'acide phénique et le perchlorure de fer. Ces diverses manœuvres faisaient autrefois dire à Pajot que les matrices allemandes étaient très complaisantes.

Les partisans de l'autre méthode, parmi lesquels nous citerons MM. les professeurs Tarnier et Pinard, se bornent à attendre, en entourant les femmes de soins antiseptiques convenables. Cette pratique de l'expectation armée, consiste, quand on est en présence d'une femme qui vient de faire une fausse-couche et dont le placenta est retenu, en : l'emploi du traitement prophylactique, c'est-à-dire d'injections vaginales antiseptiques à la température de 45 à 50 degrés centigrades, lesquelles agissent à la fois comme microbiocides et comme hémostatiques. M. le professeur Tarnier conseille même quelques injections intra-utérines. Pour ces injections, on a sous la main plusieurs antiseptiques.

Le plus efficace de tous est le sublimé au 1/5000, mais il a l'inconvénient d'être très toxique et de donner souvent lieu à des accidents, quand on en fait un usage fréquent et prolongé. De plus, après l'avortement, on est en présence d'un utérus malade chez lequel l'absorption est encore plus forte. Son emploi doit donc être rejeté.

L'acide phénique n'est pas également bien supporté par toutes les malades ; souvent il donne lieu à des phénomènes d'intoxication, et on le retrouve dans les urines qui sont alors colorées en noir. Le permanganate de potasse en solution au 1/2000 ne présente aucun de ces inconvénients ; il est également un bon antiseptique. On peut lui reprocher de tacher le linge et les mains de l'accoucheur ; mais ces taches sont facilement enlevées avec une solution de bisulfite de soude.

M. Tarnier recommande son emploi au moins dans ce cas particulier de rétention placentaire après l'avortement. M. le professeur Pinard emploie à la clinique Baudelocque, la solution de biiodure de mercure au 1/2000, qu'on dédouble en y versant une égale quantité d'eau chaude, ce qui en fait une solution au 1/4000. M. Pinard n'a jamais observé d'accidents d'intoxication depuis qu'il emploie cette solution dédoublée, c'est-à-dire depuis 1886.

On pratique ainsi au moins trois injections par vingt-quatre heures ; on applique un tampon de gaze iodoformée, ou de ouate au sublimé sur la vulve et l'on attend patiemment l'expulsion du placenta. Cette ligne de conduite, qui est celle de nos maîtres et rallie la majorité des accoucheurs nous semble de beaucoup la plus rationnelle (1).

(1) Observation I.

Hémorrhagie. — En présence d'une hémorrhagie, certains accoucheurs font le tamponnement vaginal, d'autres des injections intra-utérines chaudes, d'autres le curetage, etc.

Le tamponnement vaginal consiste à opposer une barrière au sang qui s'écoule des organes génitaux en trop grande abondance. Il a été préconisé par Leroux qui écrivait : « Ce moyen est des plus simples, il n'exige pas une « longue préparation ; on le trouve sans peine dans la « cabane du pauvre comme dans le palais des grands. Il « consiste à opposer une digue à l'écoulement du sang, par « le secours de plusieurs lambeaux de linge ou d'étoupe « imbibés de vinaigre pur, dont on remplit le vagin, et qu'on « introduit quelquefois jusque dans la matrice lorsque la « circonstance l'exige. »

Avant la méthode antiseptique, le tamponnement avait des résultats désastreux ; on se servait de tampons de charpie, sans désinfection aucune, et on en introduisait la plus grande quantité possible dans le vagin ; le tampon une fois mis en place, y restait pendant quinze à dix-huit heures. On observait fréquemment alors des accidents graves à la suite du tamponnement, et la mortalité par fièvre puerpérale était considérable. On cherche maintenant à éviter ces accidents, en se servant de bourdonnets chargés de matières antiseptiques.

Néanmoins le tamponnement est une opération difficile à faire d'une manière complètement aseptique au moins dans la clientèle. De plus il est difficilement supporté par les malades ; il gêne l'évacuation des matières fécales en comprimant le rectum, et celle des urines par la compres-

sion exercée sur l'urètre. Enfin, même lorsqu'il est pénétré, il détermine des éraillures, des traumatismes plus ou moins graves de la muqueuse vaginale, et ces plaies deviennent de nouvelles portes ouvertes à l'infection.

D'ailleurs, il résulte des expériences de Koch qu'aucun antiseptique n'est capable d'empêcher le développement des micro-organismes dans le tampon ouaté.

M. le professeur Pinard n'a jamais depuis six ans pratiqué ou fait pratiquer le tamponnement dans son service; il recommande même d'enlever le tampon aux femmes qui entrent après avoir subi ce traitement en ville; il se contente d'injections antiseptiques à la température de 45° centigrades, et jamais il n'a perdu une femme à la suite d'hémorrhagie. C'est dire que l'on peut sans préjudice abandonner complètement l'usage des tampons dans la pratique courante.

Dans les cas d'hémorrhagie, nous adoptons cette ligne de conduite de M. le professeur Pinard, et nous recommandons les injections intra-utérines chaudes à la température de 45 à 48° centigrades. Ces injections chaudes agissent à la fois en produisant la contraction totale de l'utérus, et en amenant la rétraction de la tunique musculaire des vaisseaux. On doit les continuer jusqu'à la cessation de l'hémorrhagie. L'eau chaude en provoquant la contraction de l'utérus, active la délivrance, elle assouplit le col et l'amène à céder aux efforts redoublés de la matrice.

Si malgré les injections, l'hémorrhagie prend des proportions inquiétantes pour la vie de la femme, et ces cas sont assez rares, on devra pratiquer le curettage manuel

ou instrumental de l'utérus. Nous reviendrons plus loin sur cette question.

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'emploi du seigle ergoté, qui doit être absolument proscrit de la thérapeutique de l'avortement. En effet, s'il calme momentanément l'hémorrhagie, il a le très grave inconvénient de provoquer des contractions tétaniques de l'utérus, contractions qui facilitent la rétention du placenta et par suite sa putréfaction.

Infection septique. — L'accoucheur aura aussi souvent à lutter contre des phénomènes infectieux qui se produiront à la suite de l'avortement. Vers le troisième jour en général, la fétilité des lochies attire l'attention de l'accoucheur, la femme est prise d'un frisson et la température s'élève. En présence de ces symptômes l'accoucheur ne doit pas rester inactif. Il enlèvera le placenta, si celui-ci est descendu dans le vagin ou engagé dans le col. Mais il est des cas où le placenta est resté en entier dans l'utérus. Alors dès l'apparition des phénomènes septicémiques, la majorité des accoucheurs recommandent les injections intra-utérines antiseptiques (biiodure, permangannate, sublimé, etc...) ; on en fait au moins trois par jour. Si la température ne s'abaisse pas, plusieurs accoucheurs ont alors recours au curettage de l'utérus ; cependant M. le professeur Pinard a recours dans ces cas à l'irrigation intra-utérine continue. Voici comment elle est pratiquée à la clinique Baudelocque : l'appareil irrigateur consiste en un réservoir d'une quinzaine de litres ; il est placé à environ cinquante centimètres au-dessus du plan du lit, et relié par un tube de caoutchouc à la canule intra-utérine ; sur la partie moyenne de ce tube,

se trouve un robinet pour régler l'écoulement du liquide.

On se sert d'une sonde en argent ou en étain préalablement bien désinfectée. Cette sonde est fixée autour du bassin de la femme, au moyen de ficelles ou de lacs engagés dans ses œillets. Une personne veille à ce que le réservoir soit toujours rempli. On commence par faire passer une solution de biiodure de mercure au 1/4000^e pendant une demi-heure ; on la remplace alors par une solution phéniquée au 1/100^e, que l'on continue jusqu'à ce que la température soit redevenue normale, ou que les urines deviennent noires au moment de l'émission. On lui substitue alors une solution saturée d'acide borique.

Cette irrigation continue qui agit à la fois en combattant l'infection, et en favorisant l'élimination des produits putréfiés, donne d'excellents résultats.

Mais, si elle est d'un emploi facile dans les maternités où l'on a tout sous la main : instruments et personnel instruit, si elle est encore applicable dans la clientèle riche où l'on peut se procurer des gardes-malades intelligentes et rompues à la pratique de l'antisepsie, il n'en est plus de même dans la clientèle ouvrière et surtout à la campagne. Ici en effet, le médecin ne peut rester auprès de ses malades ; il se borne à une, ou, tout au plus, deux visites par jour ; et l'entourage des malades ne comprendra pas l'importance des précautions et des soins ordonnés par l'accoucheur. Et souvent la moindre négligence peut entraîner des accidents forts graves dont on ne manquera pas d'accuser le médecin. Il y a donc intérêt et pour la malade et pour l'accoucheur, à pratiquer une intervention qui débarrasse d'un seul coup

l'utérus de son contenu, et arrête par cela même l'évolution des accidents infectieux. Nous voulons parler du curettage dont nous allons discuter les indications et donner le manuel opératoire.



Du Curettage de l'Utérus

Indications. — Manuel opératoire.

Depuis quelques années, la chirurgie utérine est à l'ordre du jour ; le curettage et le raclage sont passés dans les mœurs chirurgicales actuelles ; c'est pourquoi l'on n'a point hésité à introduire en obstétrique ces opérations nouvelles jusqu'ici limitées à la gynécologie.

Dès 1880, le curettage de l'utérus dans les rétentions placentaires après l'avortement, était la pratique courante des accoucheurs étrangers. Il suffit pour s'en convaincre de lire les nombreux mémoires parus sur ce sujet dans les journaux étrangers de 1880 à 1886.

Nous ne citerons que quelques noms pris au hasard, parmi les partisans de ce genre d'intervention.

Prochownick (1) rapporte vingt-cinq cas de curettage ; il y a eu 22 succès complets ; les trois autres femmes gravement infectées sont mortes de septicémie.

(1) Prochownick. — De l'emploi de la curette tranchante en gynécologie et en obstétrique.

Volkman's Sammlung klin. Vochens, n° 193, 1883.

Moses (1) dans sa dissertation inaugurale, formule ainsi le traitement de l'avortement incomplet ; curettage, injection intra-utérine, et cautérisation de la muqueuse utérine avec l'acide phénique liquide ou le perchlorure de fer.

Browne (2) professeur à la faculté de médecine de Maryland, émet en 1886, l'avis que l'emploi de la curette empêche les hémorrhagies et la septicémie après l'avortement, mais après l'accouchement il préfère le doigt. Cette opinion basée sur l'adhérence plus faible du placenta à la fin de la grossesse, nous semble très rationnelle, bien que paradoxale en apparence.

En France, le curettage de l'utérus comme méthode de traitement des complications de l'avortement, était tombé dans l'oubli, quand M. Doléris le remit en honneur. Il développa ses idées à la Société d'obstétrique et de gynécologie le 11 mars 1886. Il discute d'abord l'opportunité de l'intervention, puis décrit son manuel opératoire. A l'appui de son nouveau procédé, il rapporte douze observations où l'intervention a été suivie d'un succès complet.

Cette pratique fut suivie par de nombreux auteurs, parmi lesquels nous devons une mention spéciale à Miraschi, de Salonique, qui publia en 1887, dans les nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, une série d'articles qu'on peut considérer comme la suite du mémoire de Doléris ; on y remarque cette idée, pour le moins singu-

(1) Moses. — Considérations sur l'étiologie, la symptomatologie et le traitement de l'avortement. (Dissert. inaug. Breslau 1884).

(2) Browne. — De l'emploi de la curette comme moyen de diagnostic et de traitement.

lière : « Prescrire dans les cas de septicémie le repos au lit » et l'antisepsie, c'est une cruelle ironie et rien de plus. »

Un grand nombre d'auteurs se sont ralliés à la pratique de Doléris, et nous estimons avec eux, que le curettage de l'utérus est indiqué chaque fois que l'avortement est suivi d'une hémorrhagie abondante, ou d'accidents infectieux. Nous allons traiter cette question avec un peu de détails.

Et d'abord doit-on avoir recours au curettage dans les cas de rétention placentaire pure et simple. A cette question nous répondrons par la négative. Tant que cette rétention du délivre n'occasionne pas d'accidents, on doit toujours, comme nous l'avons vu précédemment, se borner à attendre en entourant la femme de soins antiseptiques convenables. Au bout d'un temps variable, le placenta peut se décoller et être expulsé sans autre accident, comme dans notre observation I. Il est donc absolument inutile d'exposer la femme à une opération qui, si elle n'est pas grave, est au moins douloureuse.

Si une hémorrhagie survient, on aura d'abord recours aux injections antiseptiques à 48°; mais si malgré ces injections, l'hémorrhagie continue, si elle prend des proportions inquiétantes pour la vie de la femme; si celle-ci présente de la tendance aux syncopes, de la pâleur de la face, si son pouls s'affaisse, devient petit, filiforme et intermittent comme après les hémorrhagies graves, le devoir de l'accoucheur est d'intervenir. Il devra pratiquer immédiatement la délivrance artificielle, soit manuelle, soit instrumentale. La délivrance artificielle simple, ou extraction manuelle du placenta, présente cet avantage, qu'elle n'exige aucun appa-

reil spécial, et que l'accoucheur porte toujours l'instrument avec lui. Mais nous lui objecterons qu'elle peut être difficile après l'avortement, alors que le col est revenu sur lui-même ou insuffisamment dilaté. Le doigt de l'accoucheur est plus gros que n'importe quelle curette, de sorte qu'il pourra lui être difficile de passer par l'orifice du col alors qu'une curette passerait facilement. Il est vrai que d'un autre côté le col plus ou moins malade se laisse facilement dilater.

De plus il est des cas où l'hémorrhagie ou l'infection sont seulement causées par quelques débris de membranes restés dans l'utérus ; dans ces cas, est-il bien facile d'extraire ces débris avec les doigts ? Est-il même bien facile de les sentir dans l'utérus, alors que les doigts sont paralysés par la striction exercée sur eux par le col utérin ? S'il est difficile de les sentir, à plus forte raison sera-t-il difficile de les extraire. La curette conduite avec précaution par la main de l'accoucheur, râcle toute la surface utérine, et enlève tous les débris qui peuvent y être restés attachés.

On a accusé le curettage de l'utérus d'entraîner un redoublement d'hémorrhagie, loin de l'arrêter, et d'amener souvent des perforations de l'utérus. Dans les cas que nous avons eu l'occasion d'observer, nous n'avons jamais vu ce redoublement d'hémorrhagie ; d'ailleurs si la contraction utérine provoquée par l'excitation de l'endomètre pendant la délivrance artificielle, est efficace pour arrêter l'hémorrhagie ; à plus forte raison, la contraction provoquée par le raclage de l'utérus, devra-t-elle être plus efficace, étant plus forte. Quant à ce qui est de la perforation utérine elle est plus rare qu'on ne le pense ; M. Auvard ne l'a observée qu'une fois sur 270 curettages, et encore n'a-t-elle,

dans ce cas, donné lieu à aucun accident, ni hémorrhagie, ni fièvre. Il en doit être de même quand le curettage est fait pour hémorrhagie avec des soins antiseptiques convenables.

Nous adoptons donc le curettage instrumental de l'utérus dans les cas de rétention placentaire compliquée d'hémorrhagie après l'avortement, si ces hémorrhagies n'ont pas cédé aux injections antiseptiques chaudes, faites d'abord. Nous réservons la délivrance artificielle pour les hémorrhagies du post-partum ; néanmoins à défaut d'autre moyen on pourrait employer le curage digital de l'utérus dans les quelques rares cas où la dilatation du col est suffisante, et où l'on n'a pas d'instruments sous la main. Nous relatons plus loin (Observ. II) une opération de ce genre, couronnée de succès.

Nous donnons plus loin également diverses observations (observ. III, IV, V, VI, VII) où l'opération du curettage pour hémorrhagie a été suivie de succès.

De son côté le Docteur Paul Petit communiquait le 13 Décembre 1894, à la société obstétricale et gynécologique de Paris (Bulletin Soc. obstétr. et gyn. Paris 1894, n° 10, p. 352 et suiv.) douze cas d'hémorrhagies post-abortum, traités par le curettage, qui furent autant de succès complets.

Le curettage est encore indiqué après l'avortement d'un produit de conception déjà macéré. En effet, si la putréfaction ne se produit pas dans l'utérus, c'est seulement alors que l'air n'y a pas accès ; mais après l'avortement le col restant plus ou moins ouvert, l'air peut pénétrer, et si des débris macérés sont restés enfermés dans la cavité utérine, ils vont se putréfier et donner lieu inévitablement

à des phénomènes infectieux à très bref délai. Il y a donc tout intérêt à débarrasser au plus tôt la femme de ces germes de mort qu'elle porte en elle.

Si le curetage est absolument indiqué dans les cas d'hémorrhagie, combien plus l'est-il dans les cas d'infection puerpérale ? Quand l'on se trouvera en présence d'une malade qui à la suite d'un avortement aura eu un frisson puis une élévation brusque de température, en même temps que des douleurs plus ou moins aiguës dans le bas-ventre, il faudra penser à l'infection puerpérale. Il n'y a aucun inconvénient loin de là, à essayer d'abord de combattre le début du terrible mal par des injections intra-utérines antiseptiques. Mais si la température ne s'abaisse pas dans les vingt-quatre heures, il faudra aussitôt recourir au curetage. Autant il est indiqué d'ouvrir un abcès, sitôt que le pus y est collecté, autant il est indiqué de débarrasser la muqueuse utérine des produits septiques qui s'y accumulent de plus en plus. Tarder, serait exposer la malade aux plus terribles complications, car si l'on n'intervient de suite, l'agent infectieux se répandra dans l'économie et l'envahira tout entière. Alors il sera trop tard. Sachons donc pratiquer le curetage de bonne heure ; la dilatation ouvrira l'abcès intra-utérin, le curetage enlèvera les matériaux infectieux, et l'injection ou l'application locale des antiseptiques détruira les germes que la curette aura pu laisser. Certes, le remède pourra sembler un peu héroïque, mais il est le seul et il est bien inoffensif (1).

Voilà donc le curetage de l'utérus nettement indiqué

(1) Curetage après infection. Observ. VIII et suivantes.

après l'avortement dans les cas d'hémorrhagie grave et d'infection puerpérale ; comment le pratiquerons-nous ?

Les instruments nécessaires sont :

Un spéculum de Sims ; une pince à traction ; une sonde intra-utérine ; la plus commode est la sonde plate de M. le Professeur Tarnier en verre ou en métal ; une pince à longs mors droite, et une autre courbe ; une sonde vésicale ; des curettes de différentes grandeurs, mousses et tranchantes, celles de Volkmann et de Récamier sont les plus employées ; un porte-coton, ou l'écouvillon de Doléris ; une paire de ciseaux ; un rasoir. Le tout bien stérilisé.

Une question se pose, doit-on endormir la malade ?

D'abord l'opération n'est ni très longue, ni très douloureuse ; ensuite M. Pinard (1) a remarqué qu'après l'anesthésie les malades saignaient beaucoup plus abondamment, et il a renoncé absolument à l'emploi des anesthésiques pour le curettage. Nous nous rangeons à peu près à son avis, et nous estimons que l'anesthésie ne doit être guère employée que pour les malades nerveuses ou pusillanimes.

Mais si l'on a des aides en nombre suffisant nous ne voyons aucun inconvénient à soustraire la femme aux douleurs de l'opération. D'ailleurs l'anesthésie à l'éther ne présente presque aucun danger et n'entraîne pas ce redoublement d'hémorrhagie.

La femme est mise dans la position obstétricale, de travers sur le rebord du lit ; ses jambes sont maintenues par des aides, le bassin est relevé par des coussins.

(1) Pinard. — Traitement de l'infection puerpérale. Semaine médicale, 1895.

La vulve est soigneusement rasée, lavée et brossée au savon, puis avec une solution antiseptique. La vessie est vidée et l'on fait une injection vaginale.

Le col est fixé et abaissé au moyen d'une pince à traction ; on a soin de ne pas relever cette pince sur le pubis.

Si la dilation du col n'est pas suffisante, on la complète au moyen des bougies d'Hégar.

On introduit la curette, à laquelle on fait exécuter des mouvements de circumduction, pour racler toute la surface utérine. On racle d'abord la paroi antérieure, puis on retire la curette avec les détritüs, puis on la réintroduit et on racle de la même façon la paroi postérieure. Cela fait, on remplace la curette large par la petite et l'on gratte la muqueuse des cornes, et l'on repasse méthodiquement sur les faces. On enlève la curette quand elle ne ramène plus, à quelque endroit qu'on la fasse agir, que des caillots. On racle alors le col à son tour. On fait une injection intra-utérine. Puis avec la pince, à longs mors, on porte sur toute l'étendue de la cavité utérine, un tampon de ouate imbibé d'acide phénique à 5 0/0, ou de chlorure de zinc au 1/10. On fait un tamponnement intra-utérin peu serré, avec une mèche de gaze iodoformée. Le reste de la mèche descend dans le vagin, l'on ferme la vulve avec un tampon de ouate antiseptique, et la femme est replacée dans son lit.

Tel est le manuel opératoire le plus fréquemment employé, il donne de bons résultats et nous citons plusieurs observations où il a été mis en usage. Si, dans quelques cas, on a eu à déplorer la mort de la malade, c'est que l'accoucheur a été appelé trop tard, et ce fait ne peut être imputé au curettage.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

Fausse-couche de trois mois et demi. — Rétention placentaire. —
Antisepsie. — Expulsion du placenta au bout de cinq jours. —
Guérison.

La nommée Marie O..., âgée de 36 ans, journalière, demeurant au Hâvre, entre le 5 décembre à l'hospice Général, salle Lefebure, lit n° 8, service de M. le Dr Lausies.

Elle a été réglée toujours régulièrement depuis l'âge de 17 ans, n'a jamais eu de pertes blanches. Petite, mais d'apparence robuste, elle est habituellement bien portante; elle a eu la fièvre typhoïde il y a sept ans.

Elle est devenue huit fois enceinte, ses quatre premières grossesses se sont terminées par l'accouchement à terme d'un enfant vivant, la cinquième par une fausse-couche de trois mois et demi, les trois autres se sont passées normalement.

La malade a eu ses dernières règles du 26 juillet au 3 août; elle est alors devenue enceinte et s'est bien portée jusqu'au dimanche 1^{er} décembre. Ce jour elle a commencé à souffrir. Le 2 décembre elle perdit du sang en petite quantité.

Le 3 décembre les pertes ont continué un peu plus abondantes.

Le 4 décembre même état.

Le 5 décembre à 3 heures du matin, elle a expulsé un fœtus de trois mois et demi, au milieu de nombreux caillots sanguins. La sage-femme alors appelée dit n'avoir pas vu le délivre. La femme entre à l'hôpital le matin même ; à deux heures du soir l'utérus encore gros, remonte à environ cinq centimètres au-dessus de la symphise pubienne. Au toucher, on trouve un col ramolli, dans la plus grande partie de son segment vaginal. Il est largement ouvert jusqu'au niveau de son orifice interne qui est revenu sur lui-même ; rien d'engagé dans le col, écoulement sanguin léger et sans odeur, température normale.

On prescrit le repos absolu et des injections chaudes de sublimé à 1/2000, quatre par jour ; un tampon de coton antiseptique est appliqué sur la vulve.

Le 6, le 7, le 8 et le 9 Décembre, la femme reste dans le même état ; pas de frisson, pas de fièvre, léger écoulement séro-sanguin, non fétide.

L'utérus revient peu à peu sur lui-même et ne déborde plus la symphise pubienne que de deux centimètres.

Le 10 décembre, à trois heures du soir, la femme expulse au milieu d'une certaine quantité de caillots un placenta de la grosseur d'un œuf de poule, de couleur rouge noirâtre, d'odeur légèrement fétide. On continue les mêmes soins que ci-dessus ; pas d'injection intra-utérine.

Le 11 la femme ne perd plus qu'un peu de liquide séreux.

Le 12 et le 13, l'état s'améliore de plus en plus et le 14, la malade se trouve suffisamment rétablie pour demander à sortir ce qui, vu ses instances, lui est accordé.

OBSERVATION II

Curage digital de l'utérus dans un cas d'hémorrhagie grave consécutive à un avortement de trois mois, par le D^r Maxime Chaleix, ancien chef de clinique d'accouchement à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

(Travail communiqué à la Société d'anatomie de Bordeaux, le 10 novembre 1890, publié dans les « Archives de Tocologie et de gynécologie » 1891, n^o 1. pages 14-19).

J'ai l'honneur de présenter à la Société d'anatomie un fragment de placenta, extrait par le curage digital dans un cas d'hémorrhagie immédiatement consécutive à une fausse-couche de trois mois.

Cette pièce n'a d'autre intérêt pour moi que de m'autoriser à exposer, devant vous, en peu de mots, un fait de clinique obstétricale.

Je fus appelé il y a environ dix jours chez une femme âgée de 35 ans, enceinte pour la quatrième fois et dont la grossesse paraissait remonter à trois mois.

Cette femme avait éprouvé la veille, en soulevant un fardeau, une sensation pénible dans l'hypogastre. Presque aussitôt s'était déclarée chez elle, d'abord faible, puis plus intense, une perte de sang, qui accompagnée de contractions utérines n'avait fait que s'accroître. Toute la nuit, elle avait perdu du sang, presque sans interruption.

C'est seulement au matin qu'on fit venir auprès d'elle une sage-femme.

La malade était dès ce moment très affaiblie, elle était très pâle et « sentait l'estomac lui manquer ». Justement préoccupée

de cette situation, la sage-femme eut la bonne idée de faire en toute hâte deux injections sous-cutanées d'éther, d'abaisser la tête de sa cliente, et de lui donner une grande injection vaginale chaude qui arrêta un instant l'hémorrhagie.

Pratiquant alors le toucher, elle ramena, entouré de caillots volumineux un petit embryon réuni par un cordon grêle, filiforme, à un placenta qu'elle crut complet. Cette pièce ne fut malheureusement pas conservée, mais l'hémorrhagie qui avait cessé un instant recommença et l'état général devint si grave que la sage-femme fit solliciter mon assistance.

A mon arrivée, je trouvai la malade absolument décolorée, le pouls était filiforme, les téguments étaient froids la mort paraissait imminente. J'estimai que si la perte de sang, continuait plus longtemps, un dénouement fatal ne tarderait pas à se produire. Je procédai rapidement à une soigneuse asepsie de mes mains, pendant qu'on donnait une injection d'eau très chaude légèrement sublimée. Le vagin était obstrué de caillots que je déblayai à la hâte.

Le col était abaissé, très accessible quoique dirigé absolument en arrière et largement ouvert : le corps de l'utérus, très ramolli, remontait à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Saisissant fortement le corps de l'utérus et le maintenant au travers des parois abdominales à l'aide de ma main gauche, j'introduisis aisément mon index droit dans le canal cervical béant. Je trouvai aussitôt, encore à demi-adhérent, le fragment placentaire que je mets ici sous vos yeux et le décollai en promenant mon doigt le long de la paroi antérieure de l'utérus, tout à fait à droite et en haut.

Je le ramenai au dehors et introduisant de nouveau mon doigt, je procédai à un véritable curage de l'utérus en toutes ses parties, explorant surtout avec insistance la région de la corne droite, dont je retirai de nombreux débris cotylédouaires.

Avant d'ôter mon doigt, je pus m'assurer que l'utérus ne contenait plus ni fragments annexiels, ni caillots.

Très peu douloureuse, l'opération n'avait pas duré quatre minutes.

Une longue injection vaginale fut donnée, le liquide revint dehors presque clair. L'hémorrhagie avait complètement cessé.

Trois injections sous-cutanées de caféine, titrée à 20 centigrammes d'alcaloïde par seringue de Pravaz et des inhalations d'oxygène parvinrent à relever l'état général de la malade qui reprit peu à peu ses forces.

L'utérus est revenu aussitôt sur lui-même, il ne dépasse plus le pubis que de deux travers de doigt, il est globuleux rétracté. Le toucher peut également constater ce phénomène intéressant, à savoir que, aussitôt après l'intervention, le canal cervical, largement béant jusque là, reprend son calibre et sa forme physiologiques, au point que l'isthme, dès les jours suivants, offre presque une certaine résistance aux injections intra-utérines, faites par mesure de prudence.

L'involution a été des plus rapides : au bout de six jours l'utérus a complètement disparu dans l'excavation pelvienne.

.
.

Dans l'observation que j'ai résumée devant vous, le curage digital a eu pour effets instantanés, l'hémostase et le retrait de l'utérus que j'ai pu voir aussitôt devenir dur et rétracté.

OBSERVATION III (Inédite).

(Dûe à l'obligeance de M. le Dr R. Sorel).

Fausse-couche de quatre mois. — Rétention placentaire partielle. —
Méthorragies abondantes répétées. — Curetage. — Guérison (1).

M^{me} A..., à Bléville, a eu onze grossesses, dont la dernière terminée par une fausse-couche de quatre mois. Tous les accouchements se sont passés normalement, sauf le dixième, où le placenta était adhérent.

Bonne santé habituelle.

La malade a fait une fausse couche de quatre mois, le vendredi 25 mai 1894, à la suite d'une frayeur, dit-elle. Elle aurait eu une perte de sang assez abondante. Le Dr Gérard-Laurent, voit la malade le lendemain matin samedi, et constate que le placenta est adhérent ; il en est expulsé environ la moitié.

Notre confrère ordonne de faire des injections chaudes et antiseptiques et attend l'expulsion naturelle. Le samedi soir et le dimanche matin, le deuxième et le troisième jour, la femme a encore eu des pertes de sang assez abondantes, et aurait encore rendu des morceaux de placenta, ce qui n'a pas été constaté par le médecin.

La semaine s'est passée sans grandes hémorrhagies ; cependant la malade a perdu du sang tous les jours.

Le dimanche 3 juin, 10^e jour, la malade a encore eu de grandes hémorrhagies, qui se sont renouvelées le lendemain lundi. Le docteur Gérard-Laurent n'a été rappelé que le mardi.

(1) 139 observ. n° 31 de la statistique du Dr R. Sorel.

La malade étant anémiée par ses pertes, l'utérus restant gros, ouvert, le placenta encore adhérent, le Dr Laurent pense qu'il serait utile de l'extraire, la femme étant trop faible pour pouvoir supporter de nouvelles métrorrhagies. Le Dr Sorel appelé en consultation, partage l'avis de son confrère.

Le mardi soir 5 juin, il y a encore un suintement sanguin marqué, le ventre est souple, non douloureux, mais la malade est très anémiée.

Au toucher l'orifice interne du col est encore ouvert ; l'utérus remonte à deux travers de doigts au-dessus du pubis. Dans sa cavité on sent un corps mou adhérent vers le fond. On ordonne de continuer les injections vaginales.

Le 6 juin, au matin, curettage. La malade est endormie au chloroforme par le Dr Laurent ; la vulve et les régions voisines sont lavées à la brosse et au savon, puis au sublimé. Injection vaginale de sublimé. Le Dr Sorel place deux valves dans le vagin, deux pinces à traction abaissent le col jusqu'à la vulve. Curettage de la cavité avec une curette de Volkmann qui ramène des débris de placenta. Injection intra-utérine de sublimé. Un tampon de ouate hydrophile imbibé de chlorure de zinc au 1/10 est passé dans la cavité, qui est ensuite bourrée de ouate hydrophile. Injection vaginale, gaze iodoformée et ouate hydrophile sur la vulve. Durée, un quart d'heure.

Les suites opératoires furent très simples. La femme n'a plus eu d'hémorrhagie, et a très bien supporté son pansement intra-utérin ; l'utérus est bien revenu sur lui-même. Guérison.

Dans cette observation, l'indication opératoire a été l'apparition d'hémorrhagies assez abondantes pour anémier fortement la malade. L'opération a fait cesser immé-

diatement toute perte. Le pansement a pu rester huit jours en place.

OBSERVATION IV

(Dr Borel, de Chabeuil, in Lyon medical 10 nov. 1889, et archives de -
tologie 1890, 2, p. 89-95.)

**Fausse-couche. — Hémorrhagie consécutive. — Pas d'infection. —
Curettage. — Guérison.**

M^{me} J..., de Montélier, (Drôme), multipare, 32 ans, habituellement très bien portante, me fait appeler le 28 Octobre 1888. Elle me raconte qu'elle a perdu des caillots de sang, il y a deux mois environ, à la suite d'une suspension de règles de huit semaines. La cause de cette hémorrhagie serait d'avoir marché pieds nus sur les dalles froides.

Depuis lors, elle perd constamment, surtout la nuit au lit, n'a pas d'appétit, point de force, et se traîne péniblement d'une chaise à l'autre toute la journée.

Traitée par un confrère, elle emploie inutilement depuis quinze jours, les injections chaudes, l'ergotinine Tanret, etc... Je lui propose le curettage, et le même jour, à quatre heures de l'après-midi, je pratique l'opération. Le col n'est pas largement ouvert, il faut faire une bonne dilatation. Toujours sans endormir, je fais le curettage, qui ne détermine pas la moindre douleur. Je ne retire cette fois que des débris de muqueuse ou de matières de sécrétion d'aspect gommeux. Je replace la malade au lit.

Le lendemain à ma visite je fus fort surpris de trouver ma malade levée, et vaquant aux travaux de son ménage. Je lui

reprochai son imprudence ; elle me répondit qu'elle ne perdait plus de sang, qu'elle était soulagée, et que son ouvrage étant en retard, il lui était impossible de se reposer plus longtemps.

J'ai suivi attentivement cette malade, et sa guérison ne s'est pas démentie. Je dois dire qu'elle n'avait pas de fièvre avant l'opération.

OBSERVATION V (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le Dr R. Sorel)

Métrorrhagies consécutives à une fausse-couche de deux mois.

Curettage. — Guérison.

La dame Georgine Let..., âgée de 29 ans, journalière, demeurant au Havre, entre le 24 Septembre 1895, à l'Hospice général, salle Mallard, lit n° 5, dans le service de M. le Docteur Lecesne, alors suppléé par M. le Docteur Sorel.

Au point de vue de ses antécédents héréditaires, elle raconte que son père est mort à quarante-cinq ans, d'affection du cœur, sa mère est vivante et bien portante ; elle a deux frères également bien portants.

Elle a été réglée à quinze ans régulièrement, et n'a jamais eu de pertes blanches. Elle a eu cinq grossesses. A 21 ans, elle a eu une première grossesse qui s'est terminée par un avortement de six mois et demi ; l'enfant était mort.

Sa deuxième grossesse a été menée à terme, l'enfant est mort à seize mois d'une méningite.

Troisième grossesse, accouchement à terme, enfant mort à six mois de méningite.

Quatrième grossesse, à terme, enfant vivant. ayant actuellement quatre ans et demi, bien portant.

Cinquième grossesse, accouchement à terme, enfant mort à cinq jours.

Cette femme, n'ayant pas eu la syphilis, ne toussant pas, a quelques habitudes d'éthylisme. Le mari est journalier et bien portant.

La malade entre à l'hôpital pour des hémorrhagies abondantes qui se répètent depuis cinq jours.

Après son dernier accouchement, c'est-à-dire il y a environ un an, ses règles étaient revenues comme d'habitude tous les vingt-neuf jours et duraient deux ou trois jours. Puis elles ont été deux mois sans revenir et le 20 septembre pendant la nuit. la malade a eu une hémorrhagie abondante qui a déterminé la syncope ; depuis ce jour, les hémorrhagies se répètent continuellement.

Au moment de son entrée, la femme est pâle, anémiée, sans force et incapable de marcher.

Elle ne souffre pas, n'a pas de fièvre, mais se plaint d'être constamment dans le sang; l'examen du ventre le montre indolore et souple ; au toucher, le col est gros, ramolli. entr'ouvert, rempli de caillots. L'utérus est en antéflexion légère, il est mobile et un peu augmenté de volume, il n'est pas douloureux. Les culs-de-sac sont sains.

Le poumon gauche présente de l'induration à son sommet ; les autres organes sont normaux ; pas d'albumine dans les urines.

Le 25 septembre, curetage sans anesthésie.

On abaisse légèrement l'utérus avec une pince de Museux qui le fixe, et sans dilatation préalable, on introduit une curette qui ramène des caillots, des fongosités et des débris de caduque et de placenta.

Lavage intra-utérin avec une solution de sublimé au 1/4000 ; puis tamponnement intra-utérin et vaginal avec de la gaze iodoformée.

L'hémorrhagie s'est arrêtée immédiatement après le curettage.

Le soir de l'opération et les jours suivants, la malade n'a pas souffert, n'a pas eu de température, et les hémorrhagies ne se sont pas reproduites.

Le 3 octobre, on enlève les mèches iodoformées ; on donne une injection vaginale, et on bourre de nouveau le vagin seulement de gaze iodoformée.

Le 6 octobre, on enlève la gaze vaginale et la femme prend deux injections vaginales par jour.

Les forces de la malade sont reparues sous l'influence d'un régime reconstituant.

La malade sort le 15 octobre, ses règles ne sont pas revenues.

Réflexions. — L'indication opératoire a été l'abondance de l'hémorrhagie qui devenait inquiétante pour la vie de la femme. Le curettage a pleinement réussi, puisque les métrorrhagies se sont arrêtés aussitôt après l'opération.

OBSERVATION VI

(Dr Borel de Chabreuil, in loc. cit.)

Fausse-couche. — Endométrite hémorrhagique. — Pas d'infection. — Curettage. — Guérison.

Madame G..., quartier des Martins (Chabreuil), 33 ans, multipare, suppression des règles depuis le 29 juillet 1888. Perte

abondante avec caillot le 27 août. Je visite la malade le 20 septembre et je constate une perte rosée qui n'a pas cessé depuis la fausse-couche. Malaise, fatigue générale, mais pas de fièvre. Au toucher le col est légèrement entr'ouvert, mais l'orifice interne n'est pas perméable au doigt. Je complète la dilatation et pratique le curettage. La malade ne souffre pas du tout de l'opération.

Le lendemain, malgré mes recommandations, je trouve ma malade levée, mais cette fois la perte continuant, j'exige qu'elle se remette au lit. Malgré le repos, la perte ne cessa pas, et le huitième jour après l'opération, je me décidai à faire un nouveau curettage. Cette deuxième opération supportée sans aucune plainte, réussit mieux que la première. L'écoulement sanguin fut arrêté définitivement. Les règles sont revenues depuis et la malade est très bien portante.

OBSERVATION VII

(Docteur Borel de Chabeuil, in loco cit.)

Fausse-couche. — Rétention de débris placentaires. — Hémorragies légères mais continues. — Curettage.

Madame T..., de Barcelonne, canton de Chabeuil, 37 ans, multipare. Traitée il y a deux ans, pour des ulcérations et une métrite du col, a des pertes blanches et un peu de faiblesse générale. Dernières règles le 16 Février 1889. Le 25 et le 26 avril un peu de pertes rouges. La perte s'arrête le 27 pour recommencer le 3 mai et les jours suivants. Le 5 mai, issue de gros caillots, continuation de la perte. La malade affaiblie se met au lit et ne cesse de perdre jusqu'au 10 mai, jour de mon intervention.

A ce moment voici quel est l'état de la malade : faiblesse assez considérable, perte de l'appétit, ventre non douloureux, pas de fièvre, pas d'infection. L'utérus est en situation normale. Le col entr'ouvert laisse presque passer l'index en entier. Il existe une perte rouge légère. Un corps étranger mou et flottant est engagé dans le col. Je pratique le curettage avec énergie, et à vingt reprises différentes, j'explore tous les points de la muqueuse. Je n'ai retiré que quelques débris placentaires du volume total d'une grosse noix. L'opération a été d'une simplicité et d'une facilité très grandes, le col venant faire saillie entre les valves du spéculum Cusco. Il n'a pas été nécessaire d'immobiliser l'utérus à travers les parois abdominales. La nuit qui suivit l'opération un petit fragment de délivre est sorti de l'utérus. Il était de la grosseur d'une amande. A partir de ce moment l'hémorrhagie a cessé, et la malade s'est sentie assez bien pour se lever. Questionnée au sujet de la douleur qu'elle a éprouvée, elle répond textuellement : « J'ai souffert un peu, mais j'en aurais bien supporté davantage. »

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur R. Sorel)

Fausse-couche de 3 mois et demi. — Rétention placentaire. — Hémorrhagie le huitième jour. — Le 15^e jour, frisson, douleur dans le bas ventre. — Température 40°. — Curettage. — Chute de la température. — Guérison (1).

M^{me} G..., a eu trois grossesses antérieures normales, les trois accouchements et les suites de couches ont été également normales. Les enfants sont bien portants.

(1) Observation 124. Statistique 43.

Le Docteur Sorel est appelé en consultation le 2 août 1894 par son confrère, le Docteur Ducastel, de Montivilliers, auprès d'une malade qui, quinze jours auparavant, étant enceinte de trois mois et demi, a fait une fausse-couche. Pendant trois jours des pertes d'eau assez abondantes, suivies d'une perte de sang très modérée.

Huit jours après, la malade a eu une perte de sang beaucoup plus abondante ; elle est restée au lit et a pris une injection vaginale antiseptique par jour.

Le 1^{er} août, quinze jours après les premières pertes, la malade a eu un frisson qui a duré une heure, les lochies avaient de l'odeur, et le thermomètre a marqué 40°8.

Le 2 août, les Docteurs Ducastel et Sorel voient la malade à la première heure, et décident de faire un curettage ; la malade est assez faible, a de l'endolorissement du bas ventre. Au toucher on constate que les culs-de-sac sont libres, l'utérus gros, douloureux à la pression, le col ouvert laisse pénétrer le doigt dans la cavité utérine. Curettage par le Docteur Sorel. Chloroforme 30 grammes. Durée 20 minutes. Lavages vulvaires et vaginal. La curette ramène des caillots et des morceaux de placenta. Injection intra-utérine de sublimé au 1/1000 et attouchements au chlorure de zinc en solution au 1/10. Pansement intra-utérin avec des mèches iodoformées et ouate hydrophyle sur la vulve. Réveil facile.

Dans la journée, champagne frappé seulement, un vomissement à midi, à trois heures encore 39° 2. Le soir à sept heures, pouls plein, calme, température 37° 5. A partir de ce moment la température reste normale.

Le 3 août, purgation. Le ventre reste souple, mou, douloureux. Pas de perte, l'appétit renaît.

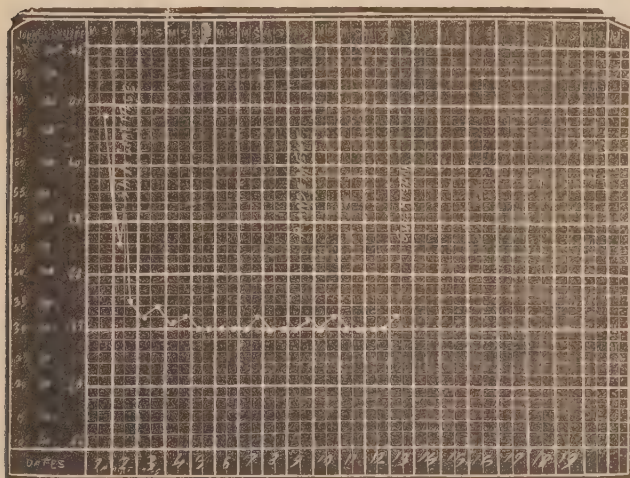
9 Août. — Le huitième jour, premier pansement, les mèches intra-utérines sont retirées, injection vaginale. On ne fait plus

qu'une toilette vulvaire. Une mèche iodoformée a été laissée dans le vagin.

13 Août. — On enlève la mèche vaginale ; on ne fait plus aucun traitement. Guérison.

28 Février 1895. — A partir du 2^e mois après l'opération, régulièrement tous les vingt-huit jours, la malade a ressenti des douleurs assez vives dans le ventre, sans écoulement de sang.

Le Docteur Sorel a examiné la malade plusieurs fois, et n'a rien trouvé d'anormal : seulement un peu de douleur au palper bimanuel du côté gauche, mais sans aucune tuméfaction des



Observation VIII

annexes. Au spéculum, le col est sain, l'utérus de volume normal et mobile ; seulement l'hystéromètre pénètre difficilement dans l'utérus et ne mesure que quatre centimètres et demi. On ordonne de la révulsion, pointes de feu tous les quinze jours.

Hamon

Le 7 mars 1895, on passe les bougies d'Hégar numéros 18, 20, 22.

Le 9, bougies 22, 24, 26.

Le 14 mars la malade a eu ses règles pour la première fois depuis huit mois.

Le 26 mars, bougies 18, 20, 22.

Le 28, bougies 22, 24, 26.

Le 30 mars, même pansement. Pointes de feu ; le col est très perméable ; plus de douleurs dans le côté gauche on cesse tout traitement.

La malade est restée guérie ; elle est redevenue enceinte, et attend son accouchement.

Réflexions. — Dans ce cas, l'indication du curettage a été le frisson et la température élevée, indiquant l'infection. Aussitôt après l'opération, la température est redevenue normale, et la guérison a été immédiatement obtenue ; le pansement utérin a pu rester en place huit jours sans provoquer de douleurs.

OBSERVATION IX

Publiée par Dumont de Tourcoing, dans les Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, 1894, pages 105-109.

Avortement de deux mois environ. Rétention placentaire. Hémorrhagie, tamponnement. Infection septique le cinquième jour. Curettage. Guérison.

Madame R..., ménagère, 37 ans, de constitution robuste fut

réglée pour la première fois à 17 ans, la menstruation s'établit ensuite très régulièrement tous les mois pendant sept à huit jours, mais elle était précédée de douleurs pendant un ou deux jours ; le sang était rendu en quantité assez considérable et en caillots. La première grossesse remonte à neuf ans ; l'accouchement se fit normalement, mais les suites de couches furent mauvaises ; le troisième jour les lochies devinrent extrêmement fétides avec frissons et fièvre et le médecin retira alors, me dit-on, quelques fragments putréfiés de membranes ou de placenta, elle se leva quelques jours après et reprit ses occupations. Trois ans après elle accoucha de deux jumeaux ; la grossesse avait été des plus pénibles à cause de violentes douleurs que la femme ressentait dans le flanc gauche, depuis l'accouchement précédent ; ces douleurs existaient en tout temps, mais avec une exaspération dans les rapports conjugaux.

Elle se leva au bout de sept jours. Dans les deux cas elle nourrit ses enfants.

Après le second accouchement, les règles se reproduisirent d'une façon très irrégulière tous les quinze jours, toutes les trois ou quatre semaines jusqu'à l'année dernière. Elles redevinrent alors assez régulières, mais très abondantes et, toujours suivies, pendant huit jours, de douleurs très vives dans le bas-ventre et les reins. En dehors des règles les douleurs existaient également, elles apparaissaient spontanément ou sous l'influence de la fatigue, de la marche surtout ; elle était obligée de se courber en deux ; le repos au lit les atténuait. Presque continues, elles étaient très vives pendant les huit jours qui suivaient les règles, pour devenir supportables le reste du temps.

Leur siège était dans les reins et surtout dans le bas-ventre. Les écoulements intermenstruels se composaient de flueurs blanches très abondantes, souillant parfois le parquet, tachant

la chemise en jaune sale et mêlées assez souvent de glaires sanguinolentes. Pas de constipation, ni de dysurie, un peu de ténésme vésical et anal.

L'état général est bon, elle n'a jamais été malade et souffre seulement de quelques troubles digestifs, paresse stomacale avec éructations.

En août et en septembre 1893, ses règles se montrèrent comme à l'ordinaire, le 10 octobre elle ressentit subitement dans le bas-ventre, des douleurs expulsives, analogues à celles de son accouchement ; puis les règles, dit-elle, apparurent, et tout rentra dans l'ordre.

Cependant son appétit, ordinairement modéré, prenait des proportions inusitées ; elle n'était jamais rassasiée, faisant six ou sept repas par jour, et au lieu de prendre de l'embonpoint, elle maigrissait et pâlisait de plus en plus. En outre, des picotements se montraient dans les seins, accompagnés de gonflement et de tension.

Le 14 octobre, à la suite d'une vive contrariété, survinrent au milieu de la nuit, de nouvelles douleurs dans les reins et le bas-ventre ; à quatre heures du matin, elle perd « une flaque » de sang, puis plus rien jusqu'à sept heures. A sept heures et demie elle descend ; alors survint une hémorrhagie considérable ; elle croit que ce sont ses règles qui viennent « très fort », ne s'en préoccupe pas, et reste assise.

C'est en cet état que je la trouve à dix heures et demie. Elle me donne les détails précédents, m'assure qu'elle n'est pas enceinte, mais ajoute que dans sa dernière grossesse, les règles ont continué à se montrer pendant les deux premières époques.

Un examen rapide montre l'utérus hypertrophié, atteignant presque le niveau du pubis, le col ramolli, entr'ouvert ; la femme git littéralement dans un amas de caillots, au milieu desquels je découvre le fœtus. La tête énorme, formant plus du...

tiers du corps, la distinction très nette du bras et de l'avant-bras, de la cuisse et de la jambe, indiquaient qu'il s'agissait d'un fœtus de huit semaines environ. Pas de traces de l'œuf.

L'hémorrhagie durait depuis trois heures consécutives ; aussi la malade était-elle d'une pâleur extrême, presque sans pouls, en imminence de syncope d'autant plus probable qu'elle était assise. Je prescrivis : repos absolu en décubitus dorsal, tête basse ; injections d'eau phéniquée très chaudes. Café alcoolisé.

Une demi-heure après je reviens ; la pâleur est encore plus prononcée ; je ne sens plus le pouls ; des sueurs froides se montrent sur le visage, accompagnées de baillements et de tendance invincible au sommeil ; je la voyais mourir sous mes yeux. Coup sur coup je fis trois injections sous-cutanées d'éther de un centimètre cube chacune ; je place la malade en position obstétricale et le spéculum étant appliqué, je posais huit à dix gros tampons d'ouate phéniquée, sur le col et dans les culs-de-sac. Le pouls revient, puis remonte un peu et une demi-heure après, les battements redeviennent bien frappés, en même temps que l'état général se relève. Champagne glacé, bouillon froid.

Dans l'après-midi, je fis deux nouvelles injections d'éther, j'enlevai les tampons, après cathétérisme de l'urèthre ; comme l'hémorrhagie se reproduisait, je réappliquai un second tamponnement.

15 Octobre. — Les tampons étant enlevés, je fais une injection intra-utérine avec la sonde à double courant de mon maître M. le Dr Budin. Je fais passer deux ou trois litres d'eau phéniquée chaude, le tout suivi d'un tamponnement d'ouate phéniquée dans le vagin. A midi et à six heures même traitement.

16 Octobre. — L'hémorrhagie paraît s'arrêter, température

37°, pas de vomissements, pas de diarrhée, mais une céphalalgie extrêmement pénible. Traitement de la veille à 3 reprises différentes. Vers le soir, frissons répétés, on ne parvient pas à réchauffer la femme.

Le 17 et 18 octobre, l'état général devient de plus en plus mauvais, le thermomètre est à 40°, la céphalalgie a encore augmentée ; langue saburrale, ballonnement du ventre avec douleurs à la pression ; l'hémorrhagie recommence, je fais encore un tamponnement.

Le 19 octobre, voyant que la situation devenait critique, qu'il y avait décollement partiel du placenta en même temps que rétention avec septicémie ; que la malade était à bout de forces, du fait de son hémorrhagie initiale, de ses hémorrhagies consécutives et surtout de l'infection généralisée, je crus bien faire en pratiquant le curettage. Antisepsie plus rigoureuse encore, position obstétricale, pas de chloroforme, curettage à la curette mousse après redressement préalable du col par la pince de Museux. Grattage du fond de l'utérus et d'une grande portion de la muqueuse. Expulsion de lambeaux de placenta volumineux, sphacelés, à odeur infecte. Injection intra-utérine détersive, tamponnement intra-utérin et vaginal à la gaze iodée.

Le lendemain, T. 39°, même pansement, le surlendemain, 37°5, température qui, depuis, n'a jamais été dépassée.

Dès le lendemain de l'opération, cette femme se sentait renaître à la vie, l'hémorrhagie ne se reproduisit plus et tous les symptômes s'amendèrent petit à petit. La convalescence fut très longue, et deux mois après l'intervention, l'anémie était telle qu'il fallait deux personnes pour l'aider à marcher. Quinze jours après l'avortement se produisit une complication signalée dans les auteurs comme consécutive parfois aux hémorrhagies graves : cette femme perdit subitement la vue, elle ne distin-

guait même plus la garde malade ; cette amblyopie par anémie de la pupille dura jusqu'au commencement de février 1894. Elle s'accompagnait de strabisme avec diplopie par paralysie des moteurs oculaires. Actuellement, février 1894, le strabisme a disparu, il persiste un peu de dyplonie, mais toute lecture lui est absolument impossible.

Les règles sont revenues à deux reprises différentes en janvier et en février, sans douleurs, sans caillots, le sang est liquide et très pâle. Quant aux douleurs du bas ventre, des flancs et des reins, elles ont totalement disparu depuis le curettage.

OBSERVATION X

(Publiée en même temps que la précédente par M. Dumont, de Tourcoing, dans les Bulletins et mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris. 1894, p. 109-112.

Avortement de trois mois, hémorrhagie, tamponnement ; infection septique le troisième jour après l'avortement. Curettage le cinquième jour. Guérison.

La femme D..., âgée de 30 ans et de constitution robuste, partant à son travail le 20 juillet 1893 à cinq heures du matin, est prise subitement d'une hémorrhagie utérine telle qu'elle est obligée de s'arrêter en chemin et de se faire conduire chez elle en voiture. A neuf heures, je la vois dans son lit au milieu de flots de sang, la face est d'une pâleur de cire et des syncopes se déclarent au moindre effort. La palpation abdominale permet de reconnaître que l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis, comme dans une grossesse de trois mois

environ ; le col est ramolli, entr'ouvert suffisamment pour permettre l'introduction de la première phalange de l'index.

Cette femme m'explique que ses règles ont cessé depuis trois mois, mais que depuis son dernier accouchement, remontant à cinq mois, elle a toujours souffert. L'accouchement s'était fort bien passé, sans aucun incident ; les lochies avaient été sans odeur, mais s'étaient brusquement arrêtées deux jours après la délivrance ; huit jours après cet arrêt subit, étaient apparues les premières douleurs, au niveau des flancs et des lombes de chaque côté. Les premières règles étaient arrivées à treize ans ; elles revinrent ensuite irrégulièrement toutes les cinq à six semaines, pendant un ou deux jours seulement et s'accompagnaient de vives douleurs.

Un tamponnement fut immédiatement improvisé, repos en décubitus dorsal. Grog froid, café. Vers deux heures le mari vient me trouver et m'avoue confidentiellement que sa femme était allée consulter un médecin, au sujet des douleurs qu'elle ressentait et pour savoir si elle était enceinte. On aurait dû répondre qu'il n'y avait pas de signes de grossesse, mais bien congestion de la matrice et qu'il fallait venir se faire électriser cet organe tous les deux jours. Ces électrisations furent faites pendant quinze jours ; la dernière séance avait eu lieu le 18 juillet, deux jours avant l'avortement.

Vers trois heures, le poulx se relevait, et l'état général était meilleur.

J'enlevai les tampons, le col était presque complètement dilaté et l'hémorrhagie était arrêtée. On sentait le placenta faire saillie hors du col, le spéculum permettait même de l'apercevoir ; à droite on voyait les restes du cordon ombilical, du diamètre d'une plume d'oie, et rompu au niveau de son insertion foetale. Pas de traces du fœtus, qui avait probablement été entraîné dans l'hémorrhagie. Me rappelant les leçons de mon

maître M. le Docteur Budin, je me garde bien d'en provoquer l'extraction tout en étant décidé à intervenir énergiquement à la première menace de septicémie. Injections vaginales phéniquées toutes les quatre heures. Repos complet en décubitus dorsal.

21 juillet. — Le lendemain à cinq heures, on accourut me chercher : la malade était en proie à une crise de suffocation qui disparut au bout de quelques instants. Il existait en outre de violentes douleurs abdominales, le ventre commençait à devenir ballonné et sensible ; les lochies sont un peu fétides ; température 37° 5. Il est impossible de passer à travers le col obstrué par le placenta et de faire une injection intra-utérine. Injections vaginale phéniquées toutes les deux heures. Cataplasmes laudanisés sur le ventre. Friction pommade mercurielle belladonnée.

22 juillet. — Pas d'hémorrhagie, pas de fièvre, les lochies ne sont presque plus fétides ; me méfiant à bon droit, j'ordonnais de continuer les injections plus que jamais.

23 juillet. — Vers le soir, un dimanche, le troisième jour après l'avortement, consécutivement à quelques visites plus nombreuses, peut-être, que de coutume, se produisit un grand frisson subit, qui dura toute la nuit. Les douleurs abdominales qui avaient diminué se montrent de nouveau ; le thermomètre est à 38°, les lochies ont peu d'odeur. Quinine, injections phéniquées.

25 juillet. — Le thermomètre monte à 40°, il y a vomissements, diarrhée, sueurs profuses, délire très prononcé ; je juge qu'il serait imprudent de plus tarder et, malgré la température élevée, je me décide à faire le curettage. Pas de chloroformisation, col est descendu ou plutôt fixé et redressé (Auvard) par une pince de Museux, serrée au dernier cran, sinon la molesse et la friabilité des tissus la font déraiper. Le curettage permet de

ramener des lambeaux de muqueuse putréfiés et des fragments de placenta volumineux, très adhérents et d'une odeur extrêmement fétide.

L'hémorrhagie, sans être très abondante, fut néanmoins beaucoup plus considérable que dans les curettages pour lésions organiques de l'utérus. Le raclage fut aussi complet que possible, étant donné que dans ces cas où l'utérus est en état de gestation, les parois musculaires sont très molles et ne donnent guère plus la sensation de « cri utérin » ; il faut alors la plus grande circonspection pour éviter la perforation de l'utérus. Lavage antiseptique intra-utérin, à l'aide de la sonde à double courant, ce qui permet de faire passer au moins quatre litres d'eau phéniquée, et de balayer les derniers débris de placenta, ainsi que les caillots. La cavité utérine est bourrée de gaze iodoformée, de même que le vagin. Potion de Todd au quinquina. Limonade gazeuse. Potion de Rivière.

26 Juillet. — Température 38° 2. La soirée a été mauvaise ; des frissons violents, faisant trembler le lit, se sont déclarés, accompagnés de délire. La nuit, au contraire fut très calme, sauf un peu de douleur dûe à la rétention d'urine occasionnée par les tampons.

Le pouls est bon, l'état général se relève, plus de vomissements, la malade est gaie. Après cathétérisme de l'urèthre, j'enlève le pansement intra-utérin et vaginal. Injections phéniquées intra-utérines et vaginales ; très peu d'odeur dans les lochies. Même pansement à trois heures, température 39°.

27 Juillet. — Nuit très bonne, température 36° 8. Les lochies sont presque sans odeur. La malade demande à manger. Injections intra-utérines et vaginales, suivies de tamponnement utérin et vaginal, peu serré.

Même pansement à trois heures, température 37°

28 Juillet. — Le thermomètre indique 37°, température qui

ne sera jamais plus dépassée. Les injections intra-utérines furent faites pendant huit jours, et les injections vaginales pendant quinze jours. Un mois après, la guérison complète était acquise ; les douleurs des reins et des flancs, qui avaient existé avant l'avortement, avaient elles-mêmes complètement disparu.

Sept mois après la malade a été revue ; la guérison s'était maintenue intégralement.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur Sorel.)

Fausse-couche de trois mois. Rétention placentaire, fièvre, douleur dans le ventre. Curettage. Ablation du pansement intra-utérin huit jours après. Guérison (1).

Madame Lefé..., âgée de 25 ans, est d'une santé assez délicate, sans toutefois être malade.

Elle a eu sa première grossesse en 1893 ; pendant cette grossesse, elle a eu des douleurs continuelles dans le ventre et des vomissements fréquents. L'accouchement à terme s'est passé normalement : les suites de couches ont été bonnes. L'enfant est bien portant.

La deuxième grossesse a eu lieu en 1894 ; même état douloureux et mêmes vomissements. Accouchement et suites de couches bonnes. L'enfant est mort de diphtérie.

Il y a deux mois, elle est redevenue enceinte, pendant ce

(1) Observation 371. Statistique n° 132.

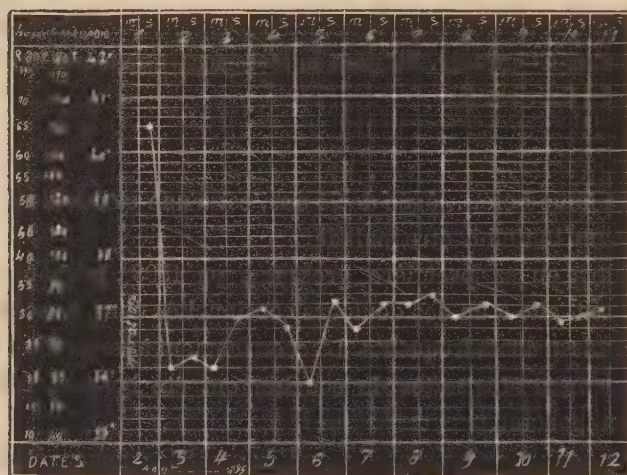
début de grossesse elle a eu de nouveau des vomissements fréquents, elle était affaiblie.

Il y a quinze jours, elle a fait un voyage à la suite duquel les vomissements ont cessé ; après son retour elle était très fatiguée et très faible.

Le mardi soir 30 juillet 1895, elle a commencé à ressentir de très vives douleurs dans le ventre.

Le mercredi 31, aux douleurs s'ajoute une diarrhée abondante.

Le 1^{er} août à cinq heures du soir, elle fait une fausse couche.



Observation XI

Le docteur Lausiès n'a pu avoir le placenta qui est resté inséré dans la cavité utérine. Il fait faire des injections d'eau phéniquée. La nuit, la malade a souffert de violents maux de tête.

Le vendredi matin 2 août, la malade a eu de fortes coliques.

et a rendu un caillot sanguin, sa température est élevée et elle a toujours des douleurs dans le ventre.

A cause de la fièvre, des douleurs et de la rétention placentaire, le docteur Lausiès appelle le docteur Sorel en consultation. Ce dernier partageant l'avis de son confrère, estime qu'il y a lieu de faire un curettage pour enlever le placenta et désinfecter la cavité utérine.

A cause de l'état de faiblesse de la malade, M. Sorel procède à l'opération sans anesthésie. — Savonnage du périnée, de la racine des cuisses et du vagin, lavage au sublimé au 1/1000. Le col est amené à la vulve avec une pince à traction ; la curette débarrasse l'utérus du placenta ; injection de sublimé dans la cavité utérine, tamponnement avec du chlorure de zinc en solution au 1/10 ; mèche iodoformée dans la cavité utérine, un feuillet de gaze iodoformée sur la vulve et ouate hydrophile.

La malade est reportée dans son lit, elle a encore des frissons et 40° de température ; la nuit elle a des sueurs abondantes.

3 août. — Ce matin la malade va bien, pas de douleurs abdominales, température et pouls normaux. Etat très bon, la malade est purgée.

4 août. — On commence à alimenter la malade, lait, bouillon et œufs.

10 août. — Le 8^e jour, le pansement est fait ; jusqu'à ce jour on s'était contenté de toilettes vulvaires — injection vaginale de sublimé, les mèches intra-utérines sont enlevées, l'utérus est revenu sur lui-même. Etat général très bon. Guérison.

Réflexions. — L'indication opératoire a résulté des symptômes d'un début d'infection. Elle a été évitée, puisqu'à partir du lendemain tout symptôme fâcheux a disparu.

et que la température est restée normale. Le pansement est resté en place huit jours sans être changé.

OBSERVATION XII

(Docteur Borel de Chabeuil in. loc. cit.)

Fausse - couche. — Hémorrhagies. — Infection

Madame L..., de Saint-Vincent, jeune femme vigoureuse, âgée de 28 ans, n'a jamais eu d'enfants. Le 14 juin 1887 elle a souffert de coliques violentes perdu du sang et des caillots après une suspension de règles de deux mois environ. Appelé seulement le 25 juin, je trouve madame L... avec de la fièvre, température 38°6, je constate un écoulement séro-sanguin fétide, et je trouve le col entr'ouvert, mais ne permettant pas l'introduction du doigt.

J'opère sans anesthésie, sans abaissement du col, avec les précautions antiseptiques d'usage et je retire des détritres d'une odeur assez forte. Mon doigt, malgré des lavages répétés en a conservé plusieurs jours une odeur de gangrène. Pas la moindre plainte pendant l'opération et cependant le curettage et la dilatation préalable ont été faits avec toute la rigueur possible.

Le lendemain, la température est à 38°, et il n'y a plus trace de sang dans les lochies. Rétablissement complet le huitième jour après l'opération.

OBSERVATION XIII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Sorel)

Fausse-couche de quatre mois et demi. — Rétention placentaire. — Le sixième jour lochies fétides, frisson, nausées. — Le septième jour, curettage. — Ablation du pansement au bout de quarante-huit heures. — La température reste élevée encore une semaine. — Injection intra-utérine. — Chûte de la température. — Guérison (1).

Madame L..., âgée de 24 ans, est d'une santé très délicate.

Elle a une fille de sept ans et demi bien portante ; l'accouchement et les suites de couches ont été normaux. Elle a fait une fausse-couche il y a six mois et une il y a 4 ans sans incident.

Samedi dernier 5 octobre 1895, elle a fait une nouvelle fausse-couche de quatre mois et demi ; le placenta n'a pas été rendu. Depuis on lui fait une injection matin et soir.

Hier, vendredi, 11 octobre, le sixième jour elle a eu des frissons et des nausées ; les lochies sont devenues fétides. Son médecin pense qu'il y aurait lieu d'intervenir et fait demander le Docteur Sorel en consultation à Harfleur.

Le 12 Octobre MM. les Docteurs Gosselin et Sorel voient la malade ensemble ; elle est faible, elle a encore eu des nausées et de la fièvre : l'utérus est gros ; l'orifice interne est ouvert ; ils décident qu'il y a lieu de faire un curettage. M. Sorel a apporté les compresses, les tampons stérilisés à l'autoclave et les instruments stérilisés à l'étuve sèche. La malade est endormie au chloroforme par M. Gosselin. Savonnage, lavage au sublimé

(1) Observation 414, Statistique 168.

de la vulve, du périnée, des cuisses, du vagin. Injection vaginale de sublimé en solution au millième.

L'utérus est amené à la vulve par deux pinces à traction, le col est gros et béant. Une curette de Volkmann introduite dans la cavité utérine en ramène de gros débris placentaires ; curetage soigné de toute la cavité. Injection de sublimé au millième dans la cavité utérine et écouvillonnage au chlorure de zinc en solution au dixième. La cavité est bourrée de mèches iodoformées ; un feuillet de gaze iodoformée et de ouate hydrophyle est mis sur la vulve.

Après l'opération, la malade a eu un frisson.

Observation XIII

13 octobre. — La malade est purgée ; plusieurs selles. Elle prend du benzo-naphtol. Le soir elle a vomi, et la température normale le matin, est remontée à 39°.

14 et 15. — Même état, la température reste élevée ; M. Sorel est alors prévenu et arrive auprès de la malade, refait le pansement, enlève toutes les mèches iodoformées, et fait une injection intra-utérine de sublimé. Il prescrit lait, bouillon, alcool, benzo-naphtol matin et soir, toilette vulvaire et injection vaginale de sublimé.

Ces soins sont confiés à une jeune sage-femme de Harfleur, Mlle Varnière, soigneuse et instruite. Le pouls est à 104, la malade ne se plaint pas du ventre ; elle urine seule, mais a dû être sondée la veille et l'avant-veille.

Jusqu'au 20 octobre, 9^e jour après l'opération, la température oscille entre 38° et 39°, malgré les soins antiseptiques prescrits. Ce jour-là, le Docteur Sorel fait une injection intra-utérine et une autre le lendemain 21 octobre.

A partir de ce moment, la température redevient normale, avec amélioration de tous les symptômes. Les toilettes vulvaires et les injections vaginales sont continuées jusqu'au 29 octobre, dix-huitième jour après l'opération. A partir de ce moment, cessation de tout traitement, la température prise encore régulièrement pendant huit jours, reste normale.

La malade est guérie. L'utérus et les annexes sont complètement normaux.

Réflexions. — L'indication opératoire a été dans ce cas l'infection ; mais malgré le curettage et le pansement antiseptique la fièvre qui était tombée a fait une nouvelle ascension. Il est regrettable que le pansement antiseptique n'ait été enlevé que le troisième jour ; il est probable que les mèches iodoformées étaient trop serrées et ne permettaient pas un drainage suffisant. La guérison n'a été obtenue qu'au prix de nouvelles injections intra-utérines, permettant ainsi un facile écoulement des produits septiques.

OBSERVATION XIV

(Docteur Borel, de Chabeuil, in loc. cit.)

Fausse-couche. — Rétention de débris placentaires. — Infection.

M^{me} E. C..., 30 ans, vigoureuse, a deux enfants bien portants. Dernières règles fin mars 1888. 28 mai, coliques, expulsion de caillots. Pertes assez abondantes depuis ce moment. Après, le 5 Juin, je constate une fièvre à 39°5, un état saburral, un peu de douleur à la palpation du ventre. La malade a de temps en temps de petits frissons. Le col est assez perméable au doigt, l'odeur de la perte est très fétide.

Dilatation et curetage. La malade supporte l'opération sans mot dire. Je retire quelques débris d'une fétidité très grande. Le lendemain, mieux très prononcé, plus de sang dans la perte.

Rétablissement progressif complet seulement après quinze jours.

Je ferai remarquer que mes malades, toutes à des distances considérables de mon domicile, n'ont pas eu de lavage intra-utérin les jours qui ont suivi l'opération. Elles ont simplement fait elles-mêmes des lavages vaginaux.

OBSERVATION XV (Inédite).

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur Sorel)

Fausse-couche à trois mois et demi. — Hémorrhagies répétées. — Rétention. — Infection le quatrième jour. — Curetage. — Guérison. (1)

(1) Observation 415. Statistique 169.

Madame B..., âgée de 29 ans, a eu un accouchement normal, et jouit d'une bonne santé habituelle.

Le 9 octobre 1895 le Docteur Deronde est appelé chez M^{me} B..., enceinte de trois mois et demi, qui avait déjà eu des menaces d'avortement ; elle avait été prise dans la nuit de douleurs violentes après une journée très fatigante. Les douleurs deviennent de plus en plus aiguës et s'accompagnent d'une assez forte hémorrhagie. A l'arrivée du médecin la malade est très agitée, se tourne dans tous les sens ; elle est couverte de sang. Le toucher pratiqué, montre une dilatation insignifiante, et l'utérus bombe sous la pression de la poche des eaux qui se rompt à neuf heures du matin. Expulsion d'un fœtus de trois mois et demi environ. Rétention placentaire. Hémorrhagies modérées qui cèdent aux injections de sublimé chaudes.

Le lendemain 10 octobre, état général bon ; quelques coliques. Expulsion de quelques caillots, pas de lochies fétides. Deux injections vaginales de sublimé par jour, ouate hydrophile sur la vulve. Le Docteur Deronde attend l'expulsion spontanée, les réactions fonctionnelles étant nulles.

Le 11 octobre, à une heure de l'après-midi, la malade a une hémorrhagie abondante ; le Docteur Deronde constate qu'au toucher le placenta est à moitié engagé dans le col qui est assez largement ouvert ; il est assez facile à saisir, mais vu sa friabi-

lité, la crainte de ne l'avoir pas en entier, fait attendre l'expulsion. Des injections chaudes antiseptiques, arrêtent l'hémorrhagie. Même état général toute l'après-midi ; mais le soir température 38°7.

Le 12 octobre, même température élevée le matin, les lochies sont fétides ; la malade n'a pas eu de frisson ; le placenta est dans la même situation, et en faisant quelques légères tractions, on détache quelques cotylédons engagés dans le vagin. La température et la fétidité des lochies font penser au Docteur Deronde qu'une intervention serait nécessaire, et il appelle le Docteur Sorel en consultation ; la malade prend un lavement.

Le Docteur Sorel vient à cinq heures du soir, approuve la conduite de son confrère et on procède au curettage sans anesthésie. Lavage vulvaire, injection vaginale de sublimé.

Deux valves sont mises dans le vagin, et deux pinces à traction attirent à la vulve le col qui est mou et friable. La masse placentaire dans le vagin, rend la mise en place des pinces assez délicate. La curette abat cette grosse masse. Curettage de toute la muqueuse. Injection intra-utérine de sublimé au millième. Ecouvillonnage au chlorure de zinc en solution au 1/10.

Mèches iodoformées dans l'utérus. Injection vaginale et mèche iodoformée à l'entrée du vagin, ouate hydrophile entre les jambes. Cette femme est anémiée et a des menaces de syncope. Lait, bouillon, alcool.

Le 13 octobre, la malade qui a pris de l'alcool à assez haute dose, a été agitée la nuit.

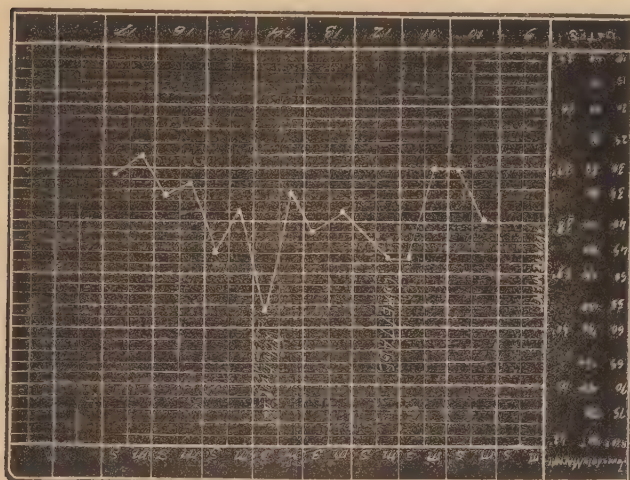
Pas de douleurs abdominales. Le pansement a été traversé, mais sans odeur. La malade est purgée le matin. La température est descendue d'un degré, mais est encore élevée.

Le 14 octobre, le matin, température 37°9, le soir 39°9. En présence de cette élévation de température, pensant que l'écou-

lement utérin ne peut se faire, parce qu'il est retenu par le pansement trop serré, on enlève les mèches utérines, et le tamponnement enlevé, il s'écoule un peu de caillots odorants; injection intra-utérine de sublimé. Mèches seulement vaginales, ouate hydrophile. Cinquante centigrammes de sulfate de quinine.

Le 15 octobre. nuit assez bonne, sueurs abondantes; le soir la température est encore à 38°5. On fait une injection vaginale de sublimé.

Le 16 octobre. Etat meilleur, on fait encore une injection vaginale.



octobre 1900

Observation XV

Le 17 octobre. Température normale; la malade commence à s'alimenter, très bon état général. A partir de ce jour, on ne fait plus que des toilettes vulvaires, aucune injection vaginale.

Le 24 octobre, guérison, la malade se lève pour la première fois.

Le 7 novembre 1895, le Docteur Deronde revoit la malade qui va très bien, mais est encore un peu anémiée. Au toucher le col est gros, l'orifice externe entr'ouvert, l'utérus en place, pas de douleurs.

Dans ce cas, après une fausse-couche, malgré des hémorrhagies, le Dr Deronde a pensé qu'il devait faire le possible pour assurer l'asepsie génitale, et se contenter d'arrêter les hémorrhagies par des injections chaudes, ne croyant pas utile de faire une intervention immédiate que la température et la non fétidité des lochies ne rendaient pas nécessaires. L'indication opératoire n'a été dans ce cas que le début de l'infection.

OBSERVATION XVI (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le Dr R. Sorel)

**Fausse couche. — Rétention placentaire. — Commencement d'infection.
Curettage. — Guérison**

Madame Lec..., âgée de 43 ans, demeurant au Havre, a toujours été bien réglée depuis l'âge de quinze ans, elle a eu sept enfants qui sont tous vivants ; elle a eu ensuite deux fausses couches dont la dernière en octobre 1894.

Elle a vu ses règles pour la dernière fois du 18 au 25 juin 1895.

En octobre, novembre et décembre, elle a vu ses règles mais très peu abondantes. La malade ne se croyait pas enceinte.

Le 7 janvier 1896, elle a eu dans la nuit, sans douleurs, une perte assez abondante.

Le lendemain, 8 janvier dans la matinée elle a expulsé un fœtus que le Docteur Renau a estimé être âgé d'environ trois mois. Le placenta n'a pas été expulsé après le fœtus.

Depuis la malade n'a pas perdu ; on constate à peine un

léger suintement ; on lui fait deux fois par jour une injection de sublimé à 1/2000. Le 14 janvier le suintement lochial prend de l'odeur.

Le 15, le 16 et le 17 janvier, le Docteur Renau fait une injection intra-utérine de sublimé à 1/2000. Le 16, vers quatre heures du soir, la malade a eu de petits frissons. Le thermomètre accuse une température de 38° 5. La malade se plaint en outre de fort maux de tête.

Le 17, la température et l'odeur persistant, le Docteur Renau, mande en consultation le Docteur Sorel ; on décide de faire le curettage de l'utérus.

Le même jour à quatre heures du soir, on pratique l'opération ; la malade est endormie au chloroforme.

Après les précautions antiseptiques d'usage, l'utérus gros est amené à la vulve par deux pinces à traction ; la curette ramène d'abord des débris de membranes et des caillots, puis le placenta légèrement altéré ; la cavité utérine étant vidée on fait une injection intra-utérine de sublimé à 1/2000 ; et l'on touche toute la surface de la cavité avec une solution de chlorure de zinc au 1/10. On met un drain et une mèche iodoformée dans l'utérus, puis quelques méches vaginales et de la ouate sur la vulve, et la femme est replacée sur son lit.

Le soir de l'opération, quatre vomissements, le lendemain 18 janvier, douleurs dans les jambes, et un peu d'embarras gastrique. Bouillon froid et lait.

Le 19 janvier un peu de stomatite mercurielle ; chlorate de potasse ; purgation, vomissements bilieux et selles abondantes. Ce même jour température le soir 37° 9.

Le 20 janvier la température est revenue à la normale, la malade a commencé à s'alimenter. Plus de douleurs dans le ventre.

Le 22 janvier la stomatite a disparu, la température est restée normale.

Le 26 janvier, on enlève les mèches intra-utérines, et on les remplace par une seule mèche vaginale, qui tombe quatre jours après.

A partir de ce moment la malade est guérie, et peut vaquer à ses occupations.

Dans ce cas, l'indication opératoire a été le début de l'infection ; aussitôt après l'intervention, la température s'est abaissée à la normale, et ne s'est élevée qu'une fois par le fait de la stomatite mercurielle.

OBSERVATION XVII

Publiée dans la thèse de M. Audebert. Bordeaux, 1890.

Avortement. — Rétention placentaire. — Hémorrhagie. — Infection purulente. — Curettage. — Mort. — Nécropsie

Annette Mont..., femme M..., quintipare, trente-trois ans ; à Paris depuis 1879.

Elevée au sein par une nourrice.

A marché à treize mois et depuis n'a pas cessé de marcher.

Pas de maladies du jeune âge.

Réglée pour la première fois à quatorze ans ; depuis pertes régulières qui durent ordinairement quatre jours sans douleurs.

Un peu d'anémie.

Pas d'antécédents héréditaires.

Première grossesse : Avril 1876. — Rien de particulier. Enfant avant terme, à sept mois.

Durée du travail : onze heures.

Suites de couches bonnes.

Enfant mort quelques heures après sa naissance.

Cet accouchement prématuré s'accompagne ou est occasionné par des attaques d'éclampsie : sept attaques depuis sept heures du matin jusqu'à neuf heures du soir.

Père bien portant ; taille moyenne, assez fort, jamais malade.

Deuxième grossesse : 1878. — Rien de particulier. Enfant à terme, par le sommet.

Troisième grossesse : 1879. — Rien à signaler. Les deux enfants nés en 1877 et 1878 sont nourris au sein par la mère.

Quatrième grossesse : Mars 1881. — Durée du travail : trois heures. Enfant à terme. Présentation sommet. Suites de couches très longues. La malade est restée trois mois au lit, très faible. L'enfant vivant a été allaité par une nourrice.

Cinquième grossesse. — Actuelle.

Depuis le mois de décembre, pertes de sang à l'époque des règles ; en même temps grande faiblesse et grande fatigue. Depuis huit jours coliques très violentes.

Samedi 23 février. — Douleurs dans les cuisses et dans les reins.

La malade se couche, et, à peine au lit, une hémorrhagie très abondante se produit.

Le ventre devient très douloureux. Un médecin appelé conseille des injections phéniquées.

Dimanche matin, 24 février. — Expulsion de nombreux caillots, de la grosseur d'une pomme. La malade est très affaiblie par la perte. Potion alcoolique.

Lundi 25 février. — Pas de fièvre. Faiblesse extrême. Vomissements de mucosités épaisses. Injections phéniquées.

Mardi 26 février. — Pas de vomissements ni de fièvre ; rien de particulier. Injections phéniquées toutes les deux heures.

Mercredi 27 février. — Injections phéniquées. A onze heures du soir long frisson. Sulfate de quinine.

Jeudi 28 février. — Peu de fièvre. Sulfate de quinine. Continuation des injections phéniquées qui ramènent des débris placentaires.

Vendredi 1^{er} mars. — Peu de fièvre. Même traitement. Quelques parcelles de placenta sont encore ramenées par les injections.

Samedi 2 mars. — Léger écoulement sanguinolent, caillot gros comme une noix ; toutes les heures injections phéniquées. La malade est très abattue la nuit.

Dimanche 3 mars. — Vers cinq heures et demie du matin, grand frisson et violentes douleurs dans les reins et principalement du côté droit du ventre. Elle entre à la clinique à trois heures du soir. On constate alors que la paroi abdominale est douloureuse dans toute son étendue, mais surtout la région inguinale droite ; que l'utérus renferme un corps qui peut être un caillot, ou un fragment de placenta : que des voies génitales s'échappe une odeur horriblement fétide.

Fièvre très forte. Etat général très mauvais. Trois injections de six litres, une toutes les demi-heures. Pas d'hémorrhagie.

T. à trois heures et demie, 39°5.

T. à quatre heures et demie, 39°.

A cinq heures M. Bonnaire chef de clinique, conseille potion de Todd, sulfate de quinine ; injections de sublimé et d'acide borique.

Nuit du 3 au 4 mars. — Injections toutes les deux heures de sublimé et d'acide borique alternativement.

T. à sept heures matin, 38°3.

Lundi 4 mars. — La malade est examinée par M. Bonnaire.

Palper. — Toute la région sus-pubienne est très douloureuse; empatement très marqué. Pas de météorisme.

Toucher. — Culs-de-sacs tendus.

Col ouvert ; on pénètre dans l'utérus ; on y trouve une partie grenue pas assez mollassée pour être un caillot, mais ne présentant pas les caractères de l'œuf. C'est sans doute le délivre.

La première partie de l'avortement a été effectuée ; la deuxième commence. Une partie du délivre a déjà été éliminée par les injections antiseptiques.

Aspect de la malade. — Peau blanc jaunâtre, flasque ; anémie profonde. Décoloration de tous les tissus produite non seulement par l'hémorrhagie datant de huit jours, mais surtout par une anémie préexistante.

Traitement. — Injections intra-utérines toutes les deux heures.

Antisepsie rigoureuse des organes génitaux.

Toniques, rhum, vin de quinquina.

Sulfate de quinine.

Si ce traitement échoue il faudra aller à la recherche du placenta et l'extraire.

Cette intervention est pratiquée dans la journée ; une curette tranchante est promenée dans l'utérus et ramène quelques débris cotylédonaire extrêmement fétides. Cette opération est faite presque in extrémis.

Nuit du 4 au 5 mars. — A onze heures, vomissement, grande sécheresse de la bouche.

Injections vaginales.

Délivrance. Température, 40°6.

A deux heures cinquante minutes : T. 39°7. P. 140.

A quatre heures m. : T. 39°. P. 120.

A cinq heures et demie : T. 39°6.

A cinq heures quarante T. 37°7.

Agitation extrême. La malade se prête fort mal aux soins qu'on veut lui donner. Injections difficiles.

Elle est tellement déprimée que, sans aucun doute, la fin est prochaine.

La mort en effet se produit à six heures.

Nécropsie. Cellulite pelvienne.

Induration du tissu cellulaire et pus.

A l'ouverture de l'abdomen s'échappe un liquide purulent, louche, si abondant qu'on est obligé de l'enlever pour examiner les organes ; il y en a plus d'un litre.

Utérus : grosseur quadruple de son état normal ; les ligaments, les trompes sont infiltrées de pus, mous et friables. Dans le ligament large droit, existe une collection purulente, grosse comme le poing. A gauche, la collection est du volume d'une noix. Mais les réseaux lymphatiques sont gorgés de pus ; ils sont d'un blanc opaque ; sur le côté droit il est impossible de les voir tant la région est infiltrée.

Dans l'utérus, le point d'insertion placentaire est fort net ; on y trouve encore quelques débris du placenta.

L'utérus est lui-même très ramolli, le col encore davantage, dans l'épaisseur des parois musculaires, on voit ça et là des trainées de pus suivant le trajet des gros lymphatiques.

Rate : volumineuse, ramollie, décolorée, pas d'abcès.

Foie : gros et mou.

Reins : normaux, un peu pâles.

Ganglions mésentériques : volumineux, infiltrés de globules blancs, mais n'offrant pas de collection purulente.

Dans le pus, dans le liquide purulent de l'abdomen, dans le tissu de la rate, le sang de la veine cave, et le pus des ganglions, on trouve, à l'aide du microscope, un grand nombre de micro-organismes qu'il est impossible de déterminer aussi rapidement.

Mais le plus fréquent est de beaucoup un staphylocoque formant de longues chaînettes.

On voit par les résultats de la nécropsie qu'une intervention, chez cette femme, de quelque nature qu'elle fût, ne pouvait avoir un résultat curatif. Nous ne nous servîmes pas de cette observation pour combattre le curettage; nous dirons seulement qu'ici il a été impuissant à enrayer les progrès de l'infection déjà généralisée.

OBSERVATION XVIII

(Publiée dans la thèse de M. Audebert. Bordeaux 1890).

Avortement de trois mois. — Rétention placentaire. — Septicémie. — Curettage et écouvillonnage. — Guérison.

J..., dix-neuf ans, célibataire, domestique, native des Landes ; primipare. Entrée à la Maternité le 10 septembre.

Expulsion de l'embryon, la veille, chez elle. Hémorrhagie abondante, col refermé, placenta en partie adhérent, lochies fétides.

Injectons de sublimé à 1/3000.

11 septembre. — T. m. 39°

T. s. 39°6.

12 septembre. — T. s. 39°5.

T. m. 40°.

Frissons répétés, pouls petit, soif vive, langue sèche.

13 septembre. — Curettage avec la curette de Récamier,

écouvillonnage, injections intra-utérines, sortie de débris de placenta et de membranes.

T. m. 39°6.

Le soir, même état, T. s. 40°.

14 Septembre. — Nouveau curettage, qui amène le sortie du placenta en partie putréfié.

Ecouvillonnage, injections intra-utérines.

14. — T. m. 39°.

— T. s. 39°5.

15. — T. m. 38°.

— T. s. 39°.

16. — T. m. 38°.

— T. s. 38°4.

17. — T. m. 37°8.

— T. s. 38°2.

18. — T. m. 37°1.

— T. s. 38°.

19. — T. m. 37°2.

— T. s. 37°5.

Etat général excellent.

La femme sort guérie le douzième jour.

OBSERVATION XIX

Publiée dans la thèse de M. Audebert. Bordeaux 1890.

Avortement incomplet. — Septicémie par rétention de débris placentaires. — Curettage intra-utérin. — Guérison.

Le 16 juillet 1887, M. le professeur Moussous est appelé à la maison de santé protestante (dont il a été pendant quatorze ans

le médecin en chef et dont il est aujourd'hui le médecin consultant et honoraire), pour donner des soins à la femme Eva Er..., suédoise qui ne sait et ne comprend pas un mot de français.

A sa première visite, il apprend que cette femme est entrée à la maison de santé depuis une quinzaine de jours, pour des hémorrhagies utérines très abondantes, hémorrhagies qui ont jusqu'à présent résisté au traitement du médecin ordinaire de l'établissement, et qui sont devenus d'une fétidité tellement repoussante, que les malades couchées dans la même salle qu'Eva Er..., déclarent vouloir en sortir à tout prix.

Il est fort difficile de s'entendre avec la malade, on ne la comprend pas et elle comprend encore moins. Aussi son dossier pathologique n'est pas facile à établir, mais ce qui paraît certain c'est que, grosse de près de cinq mois et se trouvant à bord d'un navire se rendant à Bordeaux, elle a avorté en mer deux jours avant son arrivée en rade, et que, pour cet avortement, il ne lui a été donné aucun soin.

A l'examen de la malade, M. le professeur Moussous constate un état fébrile très vif, une température très élevée, un pouls rapide, petit, très dépressible ; la malade, presque exsangue, a la peau d'une pâleur de cire ; les muqueuses sont décolorées, la perte, qui n'est plus très abondante, est d'une fétidité extrême ; la langue est sèche, la soif ardente ; l'organisme paraît profondément prostré ; certainement, on est en face d'une septicémie subaiguë. Le ventre est assez souple, peu ballonné, peu douloureux dans son ensemble ; à l'hypogastre, il existe une sensibilité assez accentuée.

Par le palper abdominal, on trouve l'utérus excessivement développé : son fond déborde manifestement le pubis.

Au toucher vaginal, l'utérus est volumineux ; le col, ramolli, admet facilement dans son orifice l'introduction du doigt indicateur qui ramène des débris noirâtres, imbibés d'un li-

quide à odeur gangréneuse très accentuée. Ces débris sont les parcelles d'un placenta retenu. C'est bien là un cas de septicémie due à la rétention de débris placentaires. La situation est grave ; il est urgent de débarrasser au plus vite la matrice des produits putréfiés qui sont la source de l'infection.

On demande à M. le professeur agrégé Boursier, de venir prêter son concours.

Dès son arrivée, la malade est placée en position obstétricale ; on procède à la toilette des organes génitaux externes, puis on fait passer par le vagin trois ou quatre litres d'une solution phéniquée. On donne à la malade, avec une extrême modération, à cause de sa faiblesse, un peu de chloroforme ; l'anesthésie n'est pas poussée à fond.

M. le professeur Moussous saisit la lèvre postérieure du col avec une pince de Museux et l'attire assez aisément à la vulve ; il procède alors à la dilatation digitale du col, qui est facile. Ensuite avec une sonde utérine de Budin, il fait des lavages de la cavité utérine avec une solution phéniquée ; il ramène ainsi de nombreux débris placentaires ; l'eau d'abord noirâtre et fétide, devient bientôt de plus en plus limpide, et a perdu toute odeur. Il introduit ensuite le doigt indicateur dans la matrice et cherche à détacher les portions du placenta encore adhérent ; puis avec la curette de Récamier, promenée sur tous les points, il complète la décortication autant que possible et termine par un écouvillonnage fait avec le plus grand soin, qu'il fait suivre d'un lavage intra-utérin pratiqué avec une solution de sublimé à 1/2000.

La durée de ses manœuvres a été de trois quarts d'heure.

La malade est alors replacée dans son lit et confiée aux soins de M. le professeur agrégé Dubreuilh ; il est convenu qu'il fera matin et soir à l'opérée des injections intra-utérines avec une solution phéniquée, qu'on lui donnera du sulfate de quinine,

qu'elle prendra de l'extract mou de quinquina et du vin d'Espagne.

Les suites de ce curettage ont été des plus heureuses : le second jour la malade n'avait plus de fièvre ; les hémorrhagies n'ont plus reparu ; il n'y a pas eu d'accidents puerpéraux. Au commencement de septembre, elle pouvait quitter la Maison de santé et reprendre ses occupations habituelles.

OBSERVATION XX

(Publiée dans la thèse de M. Audebert, Bordeaux 1890)

Avortement de deux mois et demi. — Rétention et putréfaction des annexes. — Abaissement de l'utérus. — Curettage et écouvillonnage de la cavité utérine. — Guérison.

19 Décembre 1889. — Marie C..., 31 ans, domestique, femme grande, robuste, bien conformée.

Enfance saine ; n'a jamais été malade. Premières règles à seize ans, depuis toujours bien réglée. Secondipare.

Première grossesse. — Il y a neuf ans, normale, accouchement facile ; suites de couches physiologiques, enfant encore vivant.

Dernières règles, 16 septembre 1889. Aucun phénomène pathologique, depuis cette époque jusqu'au premier novembre où la malade a commencé à perdre chaque jour une légère quantité de sang par suintement, sans cause connue et sans douleurs. Cette perte s'est maintenue pendant 15 jours.

17 décembre. — A huit heures du matin, pendant qu'elle se livre à un travail pénible, elle éprouve dans le bas-ventre une

douleur légère et perd un peu de sang. La douleur et la perte sanguine s'accroissent et environ deux heures après elle expulse « un énorme caillot qui est tombé sur le parquet et qu'elle a jeté aux cabinets sans l'examiner. »

Elle se met au lit et continue à perdre du sang.

Cet état se maintient toute la journée du lendemain.

19 décembre au matin. — Le Dr André Moussous, appelé auprès d'elle, constata qu'elle perd encore du sang ; elle a de la fièvre, ses parties génitales exhalent une odeur infecte. Il pratique le toucher et sent le placenta engagé en partie dans le col. Il conseille à la malade d'entrer à l'hôpital au plus tôt.

Elle ne se décide à y venir que le soir à sept heures. Il lui est immédiatement donné une injection vaginale, puis une injection intra-utérine au sublimé. La sage femme de garde envoie chercher M. le professeur Moussous et MM. les docteurs A. Moussous et Boursier qui arrivent à neuf heures et demie et procèdent à l'examen de la malade.

Elle est pâle, affaiblie, perd encore un peu de sang : sa peau est sèche et chaude. Même fétidité malgré les injections.

La malade est placée dans la position obstétricale et M. le professeur Moussous introduit un spéculum, puis, à l'aide d'une pince, enlève la portion du placenta engagée dans le col. Le col apparaît, alors suffisamment ouvert ; on peut reconnaître la présence de masses cotylédonaire adhérentes. La lèvre antérieure du col est saisie par une pince de Museux et abaissée doucement à la vulve. Cette pince étant confiée à un aide, M. Moussous introduit dans la cavité utérine une curette de Récamier et cure successivement la face antérieure, la face postérieure et les angles de cette cavité. Des débris cotylédonaire, absolument putréfiés, sont ramenés par la curette.

Ecouvillonnage rapide avec l'écouvillon dur, puis avec l'écouvillon mou, trempés dans la solution de sublimé à 1/2000.

Injection intra-utérine d'eau très chaude sublimé à 1/2000 donnée jusqu'à ce que l'eau revienne claire et sans débris. Pansement vaginal iodoformé.

La malade est remise dans son lit; elle n'a pas souffert pendant l'opération.

Punch. Sulfate de quinine, un gramme. Injections vaginales toutes les deux heures pendant la nuit.

20 décembre. — T. m. 37°.

La malade se repose; elle ne souffre pas. Punch, bouillon, vin, alimentation légère. T. s. 37°.

21 décembre. — T. m. et T. s. 37°. Même état.

22 décembre. — Lochies fétides; pas de douleurs à la pression; utérus d'un travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Un peu de diarrhée.

T. m. 38°. Injection intra-utérine. T. s. 37°. Même fétidité; nouvelle injection intra-utérine.

23 décembre. — Les lochies ne sont plus fétides.

T. m. et T. s. 37°. Cependant on a continué les injections intra-utérines le matin et le soir.

24 décembre. — T. m. et T. s. 37°.

Une seule injection intra-utérine. L'utérus n'est plus perçu derrière la symphyse.

25 décembre et jours suivants. — On ne donne plus à la malade que des injections vaginales: elle mange avec appétit, dort bien et n'a plus de lochies fétides.

Il ne se produit aucune montée du lait.

31 décembre. — Elle quitte le service absolument guérie de tout accident.

CONCLUSIONS

1° L'avortement est un accident fréquent qui se fait souvent sans le secours du médecin. et n'entraîne aucune complication grave.

2° Quelquefois l'avortement est suivi de rétention partielle ou totale du placenta, avec ou sans hémorrhagie et infection septique.

3° Si la rétention du placenta ne donne lieu à aucun accident, le traitement doit se borner à l'expectation armée, injections vaginales antiseptiques, quatre ou cinq fois par jour.

4° S'il y a hémorrhagie, commencer à la combattre par des injections intra-utérines antiseptiques à la température de 48°.

5° Si ce moyen ne réussit pas, si l'hémorrhagie prend des proportions inquiétantes, délivrance artificielle ou curettage de l'utérus.

6° Le curettage est souvent indiqué après l'avortement d'un produit macéré.

7° S'il y a des accidents infectieux, injections intra-utérines antiseptiques, quatre ou cinq par vingt-quatre heures.

8° Si ces accidents ne rétrocedent pas dans les vingt-quatre heures, curettage de l'utérus.

9° Après l'avortement des deux premiers mois, le curettage doit être préféré à la délivrance artificielle.

10° Le curettage après l'avortement, est une opération simple, facile, et qui peut ne pas exiger l'anesthésie.

Vu :

Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu : Le Doyen, ...
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

Abelin. — Antisepsie et antisept. en obstétrique. (Archives Tocol. Octobre 1888.)

Adriet. — Thèse Paris 1885.

Albert. — De la rétention du placenta (Thèse Paris 1878).

Alloway. — The immediate use of the uterine scoop or curette in the treatment of abortion (Amér. J. of obst. 1883).

Audebert. — De l'intervention dans l'infection puerpérale post abortive (Bordeaux 1890).

Auvard. — Thérapeutique de l'avortement (Gazette hebdomadaire 1886-1887).

Bailey. — Managements of secundines after abortion (Louisville méd. News 1883).

Bar. — Méthodes antisept. en obstétr. (Th. agrég. 1883).

Barnes Robert. — 4^e Leçons d'opérations obstétricales (Trad. franç. 1873). 2^e Arch. Toc. mai 1885.

Baudelocque. — Art des accouchements (Paris 1778).

Boivin M^{me}. — Mémorial des accouchements 1836.

Borel. — 1^o Curetage utérin dans les accidents consécutifs à l'accouchement et à la fausse-couche (Lyon médical, 10 nov. 1889. 2^o Nouv. J. obstétr. et de gyn. fév. 1890.

Boureau. — Curage de l'utérus (Th. Paris 1887).

Bourgogne. — Conduite à tenir pendant la délivrance dans l'avortement.

Browne. — De l'emploi de la curette après l'avortement.
(Méd. News, 27 mai 1886).

Byers. — Treatment of abortion (Dublin journal of méd.
Juillet 1887).

Capuron. — Cours théorique et pratique d'accouchements
(3^e édition 1823).

Castera. — Délivrance dans l'avortement (Th. Paris 1876).

Cazeaux. — Traité de l'art des accouchements, revu par
Tarnier (Paris 1870).

Castan. — Curettage de l'utérus dans la rétention placen-
taire (Thèse Paris 1889).

Chailly. — Traité d'accouchements (Paris).

Challier. — Th. Paris 1866.

Chalot. — Gaz. hebdom. de Montpellier.

Charpentier. — Traité d'accouchements (Paris 1889-9).

Cordes. — Rétention du placenta après l'avortement,
(Annal. de gynécol., Oct. 1876).

Courty. — Méc. de l'avortement, in Montpellier med.

Dampsey. — Abortion ; its etiology and treatment (Dublin
med. J. 1887).

Demelin. — Traitement de la rétention de l'arrière-faix
dans l'avortement du troisième et quatrième mois (Revue génér.
de clinique, 30 mai 1889).

Despreaux. — Curettage de l'utérus (Th. Paris 1888).

Devilliers. — Article Avortement, in Dict. de méd. et de
chir. 1866.

Dolérès. — Conduite à tenir dans l'avortement. Curage et
écouvillonnage de l'utérus. (Nouv. Archiv. d'obst. et de gyn.
1886).

Duhrsen. — Arch. für Gynæk., 1887. Zur Pathologie und
Thérapie der Abortus.

Dunlop. — Traitement consécutif de l'avortement. (The british méd. J., 28 avril 1888).

Ebstein. — Rétention du placenta après les fausses-couches de cinq premiers mois. (Th. Paris 1872).

Edis (Art.) — On the management of the incomplète abortion (British méd. J., 1886).

Edison W. — Trait. cur. de l'avort. In obstetr. journal n° 31.

Farr. — Management of abortion (1° Americ. J. of obstetrics 1883; 2° Centralb. für Gyn., 1884).

Foster. — Expectans treatment in some cases of abortion (J. Amer. méd. Assoc. Chicago 1884).

Fraypont. — Rétention de débris de membranes et de placenta après l'avortement (gaz. méd. Liège, 27 juin 1889).

Gallard. — De l'avortement (Paris, 1878).

Garimond. — Traité de l'avortement (Montpellier 1873).

Genestex. — Traitement des avortements, (Th. Paris 1886).

Gerbaud. — Rétention du placenta et des membrannes dans l'avortement (Th. agrég. Paris, 1886).

Gewinner. — The treatment of the placenta after abortion (Med. assoc. Georgie, Atlanta, 1884).

Gibbons. — Retained placenta after abortion. (New-York méd. Record, 1886).

Gruson. — Rétention du placenta après l'avortement (Th. Paris 1879).

Guéniot. — De la délivrance dans l'avortement. (Bull. Thér. T. LXXIII, 1867).

Hamon du Fresnay. — Sur un mode de traitement aussi simple que sûr de l'avortement. (Rev. méd. chir. des maladies des femmes, 1886).

Hemingway. — The immediat treatment of abortion (Americ. J. of obstétr. 1884).

Jaquemier. — Manuel des accouchements.

Joulin. — Traité des accouchements.

Lachapelle (M^{me}). — Pratique des accouchements.

Levret. — Art des accouchements (1766).

Macan. — Traitement de l'avortement. (Med. News, 2 août 1884).

Macdonald (Angus). — Traitement de l'avortement (Edimb. med. J., 7 fév. 1880).

Martin (A.). — Traité des maladies des femmes. (Trad. Weiss et Varnier, 1889).

Martin (E.). — Monatschrift, Bd. XIV, 1859.

Mauriceau. — Maladies des femmes grosses et des accouchées, 1740.

Misraschi. — Rétention du délire dans l'avortement. (Arch. d'obst. et de gynéc. 1887).

Moses. — Considérations sur l'étiologie, la symptomatologie, le traitement de l'avortement. (Dissert. inaug., Breslau, 1884).

Neville. — The treatment of abortion (Dublin, med. Journ. 1884).

Nitot. — Sur le curettage de l'utérus après l'avortement. (Journ. de méd. de Paris, 1888).

Paré (Ambroise). — Œuvres complètes. Chassaignac.

Pinard et Varnier. — Irrigation continue comme traitement de l'infection puerpérale. (Ann. gynéc., déc. 1885, janv. 1886).

Pinard. — Traitement de l'infection puerpérale. Sem. méd., 1895.

Priestley. — Société obst., Londres 4^{er} mai 1861.

Prochownick. — De l'emploi de la curette tranchante en gyn et en obst. (Volkmann's Samml. klin. Woch. 1883).

Puzos. — Traité des accouchements.

Rambaud. — Rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement. (Thèse Paris, 1883).

Ribemont, Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Saint-Germain. — Traité des fausses-couches, (1865).

Sanger (Warren). — Traité de l'avortement. (Ann. de Gyn. 1885).

Scanzoin. — Geburtshülfe, (1865).

Schwarz. — Traitement de l'avortement (Volkman's Sammlung, 1884).

Sullivan. — Treatment of abortion. (Boston med. and surg. J., 1885).

Tarnier et Budin. — Traité d'accouchements (2^e vol. 1886).

Thomas. — The causes and treatment of abortion. (New-York med. J. 1884).

Triatire. — Note pratique sur l'avortement (Archiv. Tocol. 1877-78).

Vibert. — Rétention du placenta dans l'avortement (Th. Paris 1891).

Wisard. — Intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après l'avortement. (Th. Paris 1888).

